AKADEMIA EKONOMICZNA W POZNANIU
ZESZYTY NAUKOWE — SERIA II
Prace doktorskie i habilitacyjne
Zeszyt 109

JAN SOBIECH

WARUNKI WYBORU EKONOMICZNO-FINANSOWYCH MECHANIZMÓW KIEROWANIA OPIEKĄ ZDROWOTNĄ

POZNAŃ 1990

dopis

AKADEMIA EKONOMICZNA W POZNANIU

ZESZYTY NAUKOWE — SERIA II

Prace doktorskie i habilitacyjne
Zeszyt 109

JAN SOBIECH

WARUNKI WYBORU EKONOMICZNO-FINANSOWYCH MECHANIZMÓW KIEROWANIA OPIEKĄ ZDROWOTNĄ

AE

POZNAŃ 1990

5,00

KOMITET REDAKCYJNY

Edmund Ignasiak, Edmund Kurtys, Jerzy Skolik,
Antoni Sobczak (sekretarz), Halina Szulce (zastępca przewodniczącego),
Janusz Wierzbicki (przewodniczący), Florian Wiśniewski

RECENZENCI

Lucyna Frąckiewicz, Lesław Swatler

OPRACOWANIE REDAKCYJNE

Janina Tomczak

297031

BIBLIOTEKA AE w Poznaniu

ISSN 0860—3162

Wydano za zgodą
Rektora Akademii Ekonomicznej w Poznaniu
pismem z dnia: 9.06.1990, znak: I/WU/333/90

WYDAWNICTWO AKADEMII EKONOMICZNEJ W POZNANIU
Adres Wydawnictwa: al. Niepodległości 10, 60-967 Poznań,
telefon 699-261 w. 1186

Nakład 200 +30 egz. Arkuszy wyd. 21,5. Papier offsetowy kl. III 70 g. Format B_5.
Fotoskład: Alpim spółka z o.o., Mosina, ul. Sowiniecka 46a/31, tel. 132-322. Przyjęto do składu w czerwcu 1990, skład ukończono w październiku 1990. Oddano do druku i druk ukończono w listopadzie 1990 r. Druk: Drukarnia Kolejowa, Poznań, ul. Kolejowa. Cena 10.700 zł

P. 2006. 321 /1

SPIS TREŚCI

Wstęp: **Cel, założenia i hipotezy badawcze oraz konstrukcja pracy** 5

Rozdział I. **Opieka zdrowotna jako przedmiot regulacyjnego oddziaływania państwa**

1. Pojęcie i zakres przedmiotowy opieki zdrowotnej 9
1.1. Pojęcie ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej 9
1.2. Opieka zdrowotna jako dziedzina działalności usługowej państwa 10
1.3. Opieka zdrowotna jako dział zabezpieczenia społecznego 12
1.4. Opieka zdrowotna jako przedmiot badań obejmowanych niniejszą pracą 14
2. Proces świadczenia usług opieki zdrowotnej 18
2.1. Ekonomiczne znaczenie rozpoznania potrzeb zdrowotnych 18
2.2. Pojęcie usług opieki zdrowotnej i charakterystyka procesu ich świadczenia 21
2.3. Organizacja procesu świadczenia usług opieki zdrowotnej 23
2.4. Czynniki decydujące o podaży usług opieki zdrowotnej 27
2.5. Zasady podziału usług opieki zdrowotnej pomiędzy użytkowników i problem racjonalizacji racjonowania jako metody tego podziału 29
3. Społeczne i ustrojowe przesłanki regulacyjnego oddziaływania państwa na opiekę zdrowotną 36
3.1. Pojęcie systemu kierowania opieką zdrowotną i sposoby rozumienia jego skuteczności . . . 36
3.2. Przesłanki obejmowania opieki zdrowotnej ogólnokrajowymi systemami kierowania 42
3.3. Przesłanki obejmowania opieki zdrowotnej działalnością władz terenowych 44
3.4. Przesłanki wyodrębnienia i rozwoju tzw. przemysłowych i gałęziowych służb zdrowia (opieki zdrowotnej w miejscu pracy) 46

Rozdział II. **Ekonomiczno—finansowe mechanizmy regulacyjnego oddziaływania państwa w sferze opieki zdrowotnej**

1. Ekonomiczne uwarunkowania opieki zdrowotnej 48
1.1. Związki między rozwojem i funkcjonowaniem opieki zdrowotnej a poziom rozwoju społeczno—gospodarczego kraju i polityką społeczno—gospodarczą państwa . . . 48
1.2. Związki między rozwojem i funkcjonowaniem opieki zdrowotnej a stopniem centralizacji systemu regulacji 50
2. Źródła i metody finansowania opieki zdrowotnej 51
2.1. Systematyka źródeł finansowania opieki zdrowotnej 51
2.2. Systematyka metod finansowania opieki zdrowotnej 54
2.3. Tendencje przemian w źródłach i metodach finansowania opieki zdrowotnej 56
3. Przegląd systemów ekonomiczno—finansowych instytucji opieki zdrowotnej 60
3.1. Typologia instytucji opieki zdrowotnej 60
3.2. Ekonomiczno—finansowa charakterystyka szpitala 61
3.2.1. Pojęcie i ekonomiczne modele szpitala 61
3.2.2. Metody finansowania szpitali 65
3.3 Systemy ekonomiczno—finansowe ambulatoryjnej opieki zdrowotnej 71
3.4. Ekonomiczno—finansowa charakterystyka instytucji prowadzących działalność profilaktyczną i rehabilitacyjną 75
3.4.1. Ekonomiczno—finansowa problematyka działalności uzdrowisk 75
3.4.2. Ekonomiczno—finansowa problematyka działalności w zakresie rehabilitacji medycznej . . 78
3.5. Cechy wyróżniające spółdzielcze i prywatne instytucje opieki zdrowotnej 82
3.5.1. Ekonomiczno—finansowa charakterystyka spółdzielni pracy lekarzy i lekarzy dentystów 82
3.5.2. Ekonomiczno—finansowa charakterystyka spółdzielni zdrowia jako instytucji opieki zdrowotnej 83
3.5.3. Ekonomiczno—finansowa problematyka funkcjonowania prywatnych instytucji opieki zdrowotnej 84

Rozdział III. **Potrzeby i bariery reformy systemu ekonomiczno—finansowego opieki zdrowotnej**

1. Instrumentalno—regulacyjna struktura systemu kierowania opieką zdrowotną . 86
1.1. Planowanie jako element systemu kierowania instytucjami opieki zdrowotnej . . 86
1.2. Instrumenty stosowane w planowaniu instytucji opieki zdrowotnej 93
1.3. Ocena regulacyjnego znaczenia instrumentów kierowania instytucjami opieki zdrowotnej 96
2. Potrzeba reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej 98
2.1. Przesłanki i cele objęcia opieki zdrowotnej reformą ekonomiczną 98
2.2. Przegląd ważniejszych barier reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej . . . 102
3. Niektóre kontrowersje wokół wyboru koncepcji reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej 108
3.1. Zagadnienie wyboru źródła finansowania opieki zdrowotnej 108
3.2. Sporne problemy udziału dochodów ludności i zakładów pracy w finansowaniu opieki zdrowotnej 110
3.3. Niektóre dyskusyjne zagadnienia przebudowy mechanizmów finansowania instytucji państwowej opieki zdrowotnej 112
3.4. Sporne problemy wynagradzania pracowników państwowych instytucji opieki zdrowotnej 114

Rozdział IV. **Kierunki i problemy przebudowy ekonomiczno—finansowych mechanizmów kierowania opieką zdrowotną**

1. Ekonomiczno—finansowy mechanizm centralnego kierowania usamodzielnionymi instytucjami opieki zdrowotnej 116
1.1. Przewidywany zakres i konsekwencje usamodzielnienia instytucji opieki zdrowotnej 116
1.2. Niezbędne przemiany w źródłach i metodach finansowania opieki zdrowotnej w warunkach centralnego kierowania usamodzielnymi instytucjami opieki zdrowotnej 121
1.3. Model ekonomiczno—finansowy usamodzielnionej instytucji opieki zdrowotnej 125
2. Ekonomiczno—finansowy mechanizm kierowania instytucjami opieki zdrowotnej w modelu ubezpieczeniowym 131
2.1. Ubezpieczenia chorobowe i źródła jego finansowania 131
2.2. Kalkulacja składki ubezpieczenia chorobowego 134
2.3. Metody finansowania i planowania działalności instytucji opieki zdrowotnej . 138
3. Ekonomiczno—finansowy mechanizm kierowania opieką zdrowotną w warunkach samorządności terenowej 141
3.1. Zakres samorządności terenowej i konsekwencje jej urzeczywistnienia dla systemu kierowania instytucjami opieki zdrowotnej 141
3.2. Znaczenie wyodrębnienia mienia komunalnego dla funkcjonowania instytucji opieki zdrowotnej w warunkach samorządności terenowej 146
3.3. Kierunki przemian w źródłach i metodach finansowania opieki zdrowotnej w warunkach samorządności terenowej 149
3.4. Kierunki przemian w metodach finansowania instytucji opieki zdrowotnej . . . 156
3.5. Niezbędne przemiany w podstawach i metodach planowania społeczno—gospodarczego i budżetowego w zakresie opieki zdrowotnej 159

Źródła
Piśmiennictwo 163
Akty prawne 169

podstawie oparte zaprojektowanie i rozpatrzenie, w kończącym pracę rozdziale, alternatywnych rozwiązań systemowych w tym zakresie, z uwzględnieniem dyskutowanych we wcześniejszych partiach pracy warunków i przesłanek wyboru możliwego do zastosowania ekonomiczno—finansowego mechanizmu kierowania opieką zdrowotną. Wyniki przeprowadzonych badań w jakimś przynajmniej stopniu przyczynić się mogą do rozwoju nauki finansów, zwłaszcza w zakresie problematyki finansowania usług opieki zdrowotnej stanowiących ważną dziedzinę finansów publicznych.

Podstawowym założeniem badawczym jest przyjęcie poglądu, zgodnie z którym opieka zdrowotna jest przedmiotem regulacyjnego oddziaływania państwa m. in. także z wykorzystaniem mechanizmów ekonomiczno—finansowych, które wymagają zmian w dostosowaniu do zmieniających się warunków ustrojowych, gospodarczych, społecznych, ludnościowych itp.

Kolejnym założeniem badawczym przyjmowanym w pracy jest przeświadczenie, że nie wystarcza formułowanie ogólnych założeń i postulatów dotyczących zmian ekonomiczno—finansowych mechanizmów kierowania opieką zdrowotną. Niezbędne jest skonstruowanie szczegółowej, ale równocześnie całościowej, wewnętrznie zgodnej i akceptowalnej (możliwej do przyjęcia przez potencjalnych pacjentów, pracowników medycznych oraz władze państwowe) koncepcji ekonomiczno—finansowych mechanizmów odnoszących się do całego systemu kierowania opieką zdrowotną, dostosowanej do przemian ustrojowych i systemowo powiązanej z reformą w całej gospodarce oraz uwzględniającej doświadczenia wypływające z rozwiązań stosowanych współcześnie i w przeszłości. Dalszym założeniem badawczym jest przeświadczenie o tym, że poglądy o potrzebie zmian w ekonomiczno—finansowych mechanizmach kierowania opieką zdrowotną są równie powszechne jak obawy przed dokonaniem tych zmian.

Główne hipotezy przyjęte w momencie przystąpienia do badań mogą być sprowadzone do stwierdzenia, że pomimo licznych barier które wymagają rozpatrzenia i uwzględnienia możliwe jest skonstruowanie i wdrożenie kilku alternatywnych ekonomiczno—finansowych mechanizmów skutecznego kierowania opieką zdrowotną, cechujących się kompleksowością, wewnętrzną zgodnością i akceptowalnością. Przy czym zasadnicze kryterium wyboru spośród tych alternatyw wdrożeniowego mechanizmu kierowania opieką zdrowotną stanowi stopień zharmonizowania celów ekonomicznych i celów społecznych możliwych do osiągnięcia dzięki zastosowaniu wybranego mechanizmu.

Swoje studium ograniczam zasadniczo do Polski, jakkolwiek — jak sądzę — rezultaty prowadzonych rozważań mogą mieć poważne znaczenie dla innych krajów, w których występują podobne przemiany. Podkreślam to m. in. ze względu na to, że nie podzielam spotykanego często poglądu o możliwości prostego przenoszenia do innych krajów rozwiązań już sprawdzonych w jednych krajach. Wyrażam zwłaszcza przekonanie, że nie można przejść do porządku nad doświadczeniami wypływającymi z rozwiązań stosowanych w przeszłości, gdyż doświadczenia te w jakimś stopniu determinują dokonywane przemiany mechanizmów ekonomiczno—finansowych, i to nie tylko przez nawyki myślowe lecz także, w większej lub nmiejszej mierze, przez trwałość warunków gospodarowania, zwyczajów i postaw ludności itp., które nie ulegają jednorazowo zmianie przy przejściu do nowego ustroju społeczno—gospodarczego, co *de facto* ogranicza swobodę wyboru nowych rozwiązań w tym zakresie.

(2) Praca składa się z czterech rozdziałów. W rozdziale I rozpatruję opiekę zdrowotną jako przedmiot regulacyjnego oddziaływania państwa. Trzeba było przy tym dokonać pojęciowego rozróżnienia ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej, ze szczegółowym rozpatrzeniem zakresu przedmiotowego tej ostatniej. Przy tych uściśleniach terminologicznych można było wyraźniej rozgraniczyć podwójny charakter opieki zdrowotnej jako działalności usługowej z jednej strony oraz działu zabezpieczenia społecznego z drugiej strony. W każdym z obu podejść do opieki zdrowotnej rozpatruje się w innym aspekcie ekonomiczno—finansowe mechanizmy kierowania.

Zgodnie z tematem rozprawy zwracam główną w dalszym ciągu tego rozdziału uwagę na proces świadczenia usług opieki zdrowotnej, zarówno od strony podmiotów świadczących te usługi (producenta usług), jak i od strony ich odbiorców (użytkowników). W pierwszym przypadku okazało się niezbędne przedstawienie organizacji procesu świadczenia usług opieki

WSTĘP

(cel, założenia i hipotezy badawcze oraz konstrukcja pracy)

(1) Opieka zdrowotna traktowana być może między innymi jako działalność usługowa, służąca zaspokojeniu potrzeb ludności. Jest to działalność wyróżniająca się walorami humanitarnymi i odgrywa dużą rolę w polityce społecznej państwa, co skłania do jej rozpatrywania jako dziedziny gospodarki publicznej. Nadaje to szczególne znaczenie wzrostowi zaangażowanego w tej działalności majątku (środków trwałych i obrotowych) oraz stałemu zwiększaniu rozmiarów zatrudnienia wysoko na ogół wykwalifikowanych pracowników.

Tak rozumiana opieka zdrowatna jest przedmiotem zaintresowania badawczego szeregu nauk, w tym także nauki finansów. Rozwój badań nad opieką zdrowotną nie jest jednak w Polsce — pomimo kształtowania się kilku zespołów badawczych — zaawansowany. Niewielkie zaawansowanie odnosi się zresztą nie tylko do badań finansowych ale szerzej do badań społeczno—ekonomicznych nad opieką zdrowotną. Zmusza to z konieczności do interdyscyplinarnego podchodzenia do rozwiązywania każdego z podejmowanych zagadnień badawczych, co obok zalet związanych z niezbędną w tych warunkach wszechstronnością przy rozpatrywaniu podejmowanych problemów badawczych ma także i oczywiste mankamenty. Niedorozwój badań nad opieką zdrowotną w Polsce stoi w oczywistej sprzeczności do zapotrzebowania praktyki na ich rezultaty. Jednym z najważniejszych z punktu widzenia praktyki problemów opieki zdrowotnej jest obecnie zastąpienie ukształtowanego dotąd w drodze ewolucyjnych przemian system kierowania opieką zdrowotną innymi systemami kierowania. Problem ten ma także istotne znaczenie poznawcze, zwłaszcza ze względu na to, że system kierowania opieką zdrowotną jako działalnością usługową nie był dotąd w Polsce przedmiotem kompleksowych badań — dotyczy to także ekonomiczno—finansowych mechanizmów kierowania opieką zdrowotną. Wszystko to powoduje, że trwająca od dawna dyskusja nad reformą systemu opieki zdrowotnej nie przyniosła poważniejszych rezultatów a sama reforma tego systemu jest ciągle odsuwana w czasie. Występuje przy tym tendencja do mechanicznego traktowania ekonomiczno—finansowych mechanizmów kierowania opieką zdrowotną na równi z rozwiązaniami systemowymi odnoszonymi do innych dziedzin działalności społeczno—gospodarczej (a nawet do sfery produkcji materialnej), w skrajnej postaci prowadząca do unifikacji stosowanych w tym zakresie mechanizmów.

Kierowanie opieką zdrowotną jako swoistą sferą działalności usługowej, z uwzględnieniem jej socjalnego charakteru, wymaga zastosowania właściwych dla opieki zdrowotnej ekonomiczno—finansowych mechanizmów, pobudzających do racjonalizacji ekonomicznej tej działalności i zarazem do najlepszego zaspokojenia potrzeb zdrowotnych ludności, co nie łatwo pogodzić. W pracy podejmuję próbę rozpatrzenia z punktu widzenia nauki finansów — a więc z daleko posuniętą konkretyzacją — warunków wyboru takich ekonomiczno—finansowych mechanizmów kierowania opieką zdrowotną, które służyłyby realizacji obu tych celów, rozpatrując je w świetle polskich doświadczeń z przełomu lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych, a więc z okresu zasadniczych przemian prawno—ustrojowych podstaw funkcjonowania państwa i nie mniej zasadniczych przemian w systemie społeczno—gospodarczym kraju. Przemiany te są związane z przechodzeniem od gospodarki centralnie planowanej do gospodarki rynkowej, przy czym specyfiką przemian dokonywanych w opiece zdrowotnej jest to, że ograniczenia centralnego planowania i rozwój gospodarki rynkowej nie mogą być w tej sferze tak daleko idące, jak w sferze produkcji materialnej.

Celem badawczym podejmowanym w pracy jest bliższe określenie i rozpatrzenie przesłanek i warunków jakie muszą być uwzględnione, w związku z dokonującymi się przemianami prawno—ustrojowymi i sołeczno—gospodarczymi, zarówno przez konstruktora ekonomiczno—finansowych mechanizmów kierowania opieką zdrowotną jak i przez organa dokonujące wyboru tych mechanizmów oraz posługujące się nimi w kierowaniu opieką zdrowotną jako dziedziną gospodarki publicznej. Rezultatem tak określonego celu badawczego jest na tej

zdrowotnej, ze szczegółowym uwzględnieniem czynników decydujących o ich podaży. W drugim natomiast przypadku rozwinięto zasady podziału usług opieki zdrowotnej pomiędzy użytkowników, tj. podział oparty na zasadach rynkowych, podział oparty na zasadach spożycia zbiorowego oraz tzw. podział dezyderatywny[1]. Rozpatrzenie w tych ramach problemu racjonalizacji racjonowania jako metody podziału usług opieki zdrowotnej, występującego w skrajnej postaci w podziale dezyderatywnym ale nie weliminowanego całkowicie nawet w podziale rynkowym, połączono z rozpoznaniem możliwości wykorzystania i zarazem potrzeby różnicowania wykorzystywanych mechanizmów ekonomiczno—finansowych tego racjonowania.

Na zakończenie rozdziału I przedstawione zostały społeczne i ustrojowe przesłanki obejmowania opieki zdrowotnej regulacyjnym oddziaływaniem państwa w warunkach trzech alternatywnych systemów kierowania opieką zdrowotną, tj. ogólnokrajowego systemu kierowania, systemu kierowania przez władze terenowe oraz systemu kierowania w ramach przemysłowych i gałęziowych służb zdrowia. Do systemów tych wracam w rozdziale końcowym. Rozważania te poprzedza objaśnienie rozumienia skuteczności ekonomiczno—finansowych mechanizmów kierowania opieką zdrowotną.

Rozdział II poświęcony został rozpatrzeniu struktury ekonomiczno—finansowego mechanizmu kierowania opieką zdrowotną, z rozróżnieniem w tym mechanizmie elementów podmiotowo—organizacyjnych oraz instrumentalnych, określanych przez: warunki bilansowe (wyrażające się w związkach między rozwojem i funkcjonowaniem opieki zdrowotnej a poziomem rozwoju społeczno—gospodarczego kraju); warunki związane z celami i założeniami polityki społeczno—gospodarczej państwa; oraz warunki modelowe, wypływające ze stopnia centralizacji systemu regulacji. W rozdziale tym omówione zostały ponadto w sposób systematyczny i krytycznie możliwe źródła i metody finansowania opieki zdrowotnej, z omówieniem światowych tendencji w tym zakresie (ze względu na rozmiary pracy zrezygnowałem tu jednak z prezentacji odpowiednich danych liczbowych).

Następnie, z daleko posuniętą szczegółowością, dokonano przeglądu systemów ekonomiczno—finansowych poszczególnych typów instytucji opieki zdrowotnej. Starałem się przy tym o to aby przegląd systemów ekonomiczno—finansowych instytucji opieki zdrowotnej był możliwie wyczerpujący, co wynika nie tylko z potrzeb niniejszej pracy, lecz także ze względu na to, że odczuwa się w literaturze polskiej brak opracowań, nawet o charakterze artykułowym, na ten temat. Do prowadzonych w tym zakresie rozważań nawiązuję następnie w rozdziale IV, rozpatrując konstrukcję możliwych do zastosowania w przyszłości ekonomiczno—finansowych mechanizmów kierowania opieką zdrowotną.

Rozdział III zawiera w pierwszej części analizę stosowanego w Polsce ekonomiczno—finansowego mechanizmu kierowania opieką zdrowotną. Z dokonanych ustaleń wynika jednoznacznie nieskuteczność i nawet patologia (zwłaszcza w ostatnich kilkunastu latach) tego mechanizmu, co stanowi zasadniczą przesłankę niezbędnej jego reformy czy wręcz zastąpienia mechanizmu znajdującego dotąd zastosowanie nowym mechanizmem kierowania opieką zdrowotną, umożliwiającym właściwe zaspokojenie potrzeb ludności, z uwzględnieniem warunków w jakich będzie on stosowany, których nie da się jednoznacznie przewidzieć. Tego rodzaju reforma opieki zdrowotnej napotyka na liczne bariery, które zostały w dalszym ciągu rozdziału przedstawione, ze wskazaniem głównych kontrowersji dotyczących wyboru koncepcji reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej.

Rozdział IV, kończący pracę, poświęcam kierunkom i problemom podejmowanej na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych przebudowy ekonomiczno—finansowych mechanizmów kierowania opieką zdrowotną. Rozważania te odnoszę do trzech, niejako modelowych, ekonomiczno—finansowych mechanizmów kierowania opieką zdrowotną, tj. do ekonomiczno—finansowego mechanizmu centralnego kierowania usamodzielnionymi instytucjami opieki zdrowotnej, do ekonomiczno—finansowego mechanizmu kierowania opieką zdro-

---

[1] Można się spotkać z identyfikacją spożycia zbiorowego, z podziałem dezyderatywnym, autor uznał jednak za właściwe rozgraniczyć obie te zasady podziału, unikając przez to wieloznaczności każdego z tych pojęć.

wotną opartą na systemie ubezpieczeniowym oraz do ekonomiczno—finansowego mechanizmu kierowania opieką zdrowotną w warunkach samorządności terenowej. Starałem się w każdym z tych przypadków określić nie tylko przesłanki skłaniające do wyboru danego rozwiązania modelowego, lecz także konsekwencje dokonanego wyboru.

(3) Praca ta obejmuje wyniki wieloletnich badań autora, prowadzonych m. in. w centralnych problemach badawczych: najpierw grupy tematycznej 5.MR.III.16, kierowanej w latach 1976—1980 przez prof. dr J. Wierzbickiego, a ostatnio grupy tematycznej 3.RP.III/39/3.17, kierowanej w latach 1987—1989 przez prof. dr hab. L. Frąckiewicz, oraz problemu CPBP, kierowanego w latach 1988—89 przez prof. dr hab. J. Kroszela. Wyrażam wdzięczność wszystkim, z którymi dane mi było w tych problemach współpracować.

Najwięcej zawdzięczam jednak dyskusjom na seminarium prowadzonym przez prof. dr J. Wierzbickiego w Instytucie Finansów (Zakład Finansów Państwa) AE w Poznaniu oraz licznym dyskusjom, w jakich uczestniczyłem przez ponad już 10 lat w rozmaitych komisjach, komitetach i zespołach rozpatrujących rozmaite projekty i propozycje reformy opieki zdrowotnej w Polsce.

OPIEKA ZDROWOTNA JAKO PRZEDMIOT REGULACYJNEGO ODDZIAŁYWANIA PAŃSTWA

1. Pojęcie i zakres przedmiotowy opieki zdrowotnej

1.1. Pojęcie ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej

(1) Całokształt zorganizowanych działań, z wykorzystaniem odpowiednich urządzeń, norm prawnych i instytucji na rzecz szeroko rozumianego zdrowia nazywa się ochroną zdrowia.[1] Ze względu na występującą tendencję do szerokiego rozumienia zdrowia – na przykład według bardzo rozpowszechnionej, a propagowanej przez Światową Organizację Zdrowia, definicji zdrowia jako stanu pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, umysłowego i społecznego człowieka[2] również i zakres działań mających na celu jego ochronę ujmowany jest jako bardzo rozległy. Według panujących współcześnie tendencji ochroną zdrowia obejmuje się także działania w sferze ochrony i kształtowania środowiska, kształtowania warunków mieszkaniowych, kształtowania warunków bytowych ludności, a zwłaszcza odpowiedniego odżywiania itp.

Zdrowie stanowi tego rodzaju wartość, że działania mające na celu jego ochronę stają się zadaniami pierwszoplanowanymi wśród działań polityki społecznej państwa, której celem jest dążenie do podniesienia poziomu życia ludności.[3] Zdrowie jest traktowane jako podstawowy element dobrobytu społecznego (jakości życia, poziomu życia itp.) a działania mające na celu ochronę zdrowia stają się podstawowymi dziedzinami działalności społeczno–gospodarczej.[4] W miarę podnoszenia dobrobytu społecznego (poziomu życia, jakości zycia) następuje w krajach rozwiniętych coraz lepsze rozpoznanie czynników wpływających na zdrowie oraz rozszerzenie zakresu działań mających na celu jego ochronę.

Nawet najlepsze jednak rozpoznanie czynników wpływających na zdrowie nie zmieni faktu, że zdrowie pozostanie takim samym pojęciem jak szczęście, piękno czy dobro a więc pojęciem z trudem tylko poddającym się naukowej refleksji o praktycznym znaczeniu dla działalności mającej na celu jego ochronę.[5] Podejmowane są wprawdzie próby stworzenia bardziej pragmatycznych definicji zdrowia ale jak dotąd – jak się wydaje – nie zostały one uwieńczone większym powodzeniem.[6] Występują bowem dosyć oczywiste tendencje do szerokiego ujmowania zdrowia a co za tym idzie także i do nadawania szerokiego znaczenia ochronie zdrowia.

---

[1] M. Miśkiewicz, *Ochrona zdrowia,* w pracy zbiorowej pod red. A. Rajkiewicz, wyd. I, PWE Warszawa 1973, s. 411 i nast; L. Frąckiewicz,*Ochrona zdrowia,* w pracy zbiorowej pod red. A. Rajkiewicz, wyd. III, PWE Warszawa 1979, s. 386 i nast.; L. Frąckiewicz, *Polityka ochrony zdrowia,* PWE Warszawa 1983, s. 17.

[2] Definicja ta została sformułowana w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia: *World Health Organization. Constitution.* WHO Genewa 1960. W Polsce zbliżoną definicją posługiwał się M. Kacprzak, *Ocena stanu zdrowia ludności.* Zdrowie Publiczne 1962 nr 4–5, s. 267 i nast.

[3] W. Szubert, *Geneza, zakres i zadania socjalistycznej polityki społecznej,*w pracy zbiorowej pod red. A. Rajkiewicza, wyd. III PWE Warszawa 1979, s. 27. Cel czy nawet cele polityki społecznej państwa są przedmiotem licznych kontrowersji w obrębie nauki polityki społecznej. Niektóre spośród tych kontrowersji zestawione zostały w: J. Auleytner, *Wprowadzenie do doktryn polityki społecznej (Niektóre aspekty systemowe i aksjologiczne),* Instytut Pracy i Spraw Socjalnych Warszawa 1986.

[4] M. Pohorille, *Dobrobyt społeczny (pojęcie, mierzenie, metoda analizy),*w zbiorze:*Potrzeby. Podział. Konsumpcja.* PWE Warszawa 1985, s. 61 i nast.: L. Zienkowski, *Poziom życia. Metody mierzenia i oceny,* PWE Warszawa 1979, s. 34 i nast.: E. J. Mishan. *Spór o wzrost gospodarczy,* PIW Warszawa 1986, s. 144 i nast.

[5] J. Aleksandrowicz, *W poszukiwaniu definicji zdrowia,* Studia Filozoficzne 1972 nr 9.

[6] E. Korzeniowska, *O zdrowiu i jego definicjach,* Zdrowie Publiczne 1988 nr 9, s. 465 i nast., W. C. Włodarczyk, *Prakseologiczny dylemat polityki ochrony zdrowia w Polsce,* Instytut Medycyny Pracy w Łodzi, Łódź 1989, s. 81 i nast.

Nadawanie ochronie zdrowia szerokiego znaczenia powoduje, że właściwsze wydaje się posługiwanie w niniejszej pracy bardziej precyzyjnym i mniej rozciągliwym terminem „opieka zdrowotna" sprowadzonym w zasadzie wyłącznie do działalności usługowej polegającej na świadczeniu usług medycznych zaspokajających potrzeby zdrowotne.[7] Wymaga to wprawdzie odnoszenia się do potrzeb zdrowotnych, co ma swoje konsekwencje nie zawsze wygodne ale mimo tego wydaje się najwłaściwsze w badaniach ekonomicznych. Opieka zdrowotna jest tu rozpatrywana jako działalność *sui generis* gospodarcza, w ramach której, w oparciu o ograniczone środki (rzeczowe i pracy), zmierza się do zaspokojenia specyficznych potrzeb człowieka, jakimi są potrzeby zdrowotne.[8]

Bliższe rozpatrywanie tych wszystkich problemów wymaga uprzedniego przedstawienia opieki zdrowotnej jako dziedziny działalności usługowej państwa.

1.2. Opieka zdrowotna jako dziedzina działalności usługowej państwa

(1) Zgodnie z przyjętą w państwach socjalistycznych teorią tworzenia i podziału dochodu narodowego[9] opiekę zdrowotną zalicza się do działalności w sferze poza produkcją materialną a ściślej do podsfery usług niematerialnych świadczonych w ramach tzw. działalności socjalno-kulturalnej[10] nazwanej ostatnio także „działalnością w sferze usług społecznych". Każde z tych często używanych zamiennie określeń – tj. działalność nieprodukcyjna, działalność niematerialna, działalność socjalno-kulturalna oraz działalność w sferze usług społecznych – ma nieco inną treść.

Termin „działalność nieprodukcyjna" jest najbardziej tradycyjnym spośród tych terminów i wiąże się z podziałem pracy na produkcyjną i nieprodukcyjną, który ma w praktyce zawsze charakter umowny.[11] Działalność produkcyjna to taka, w której powstają dobra i usługi materialne tworzące, zgodnie z teorią marksowską, dochód narodowy. Działalność, która nie mieści się w ramach tak określonej działalności produkcyjnej, zalicza się do działalności, w której powstają usługi niematerialne[12], świadczone dzięki wytwarzanym dobrom i usługom materialnym. W odróżnieniu od działalności produkcyjnej, nazywanej również gospodarczą, która zaspokaja potrzeby społeczeństwa poprzez wytwarzanie i podział (wymianę) dóbr i usług materialnych, właściwością działalności polegającej na świadczeniu usług niematerialnych, nazywanej często – na zasadzie negacji – nieprodukcyjną, jest zaspokajanie potrzeb społeczeństwa przez bezpośrednie oddziaływanie na człowieka.[13] Można przyjąć, że kryterium wyróżniającym działalność nieprodukcyjną od działalności produkcyjnej staje się w tym przypadku swoistość jej rezultatu, wyrażającego się w wypełnianej funkcji. Wobec trudności pomiaru rezultatu tej działalności przyjęło się uznawać tę cechę za podstawę jej wyodrębnienia pojęciowego.

Odróżnienie usługi niematerialnej od materialnej ma często umowne znaczenie. Może budzić wątpliwości określanie jako działalności nieprodukcyjnej takich rodzajów tej działalności, jak

[7] J. Sobiech, *Usługi ochrony zdrowia i źródła ich finansowania*, w: *Z zagadnień polityki finansowej*, ZN AE w Poznaniu, seria 1, Zeszyt nr 61, AE Poznań 1975, s. 45. Definicja ta nie jest jednak zupełnie ścisła gdyż działalność w zakresie opieki zdrowotnej polega na świadczeniu nie tylko usług ale i rzeczy (np. leków, sprzętu ortopedycznego, dietetycznych produktów żywnościowych). Odnosi się to jednak współcześnie do wszelkich usług nazywanych niematerialnymi, do których zalicza się również opiekę zdrowotną. Usługi niematerialne nie występują na ogół w „czystej" postaci lecz są najczęściej świadczone wraz z pewnymi dobrami i usługami materialnymi, bez których nie można byłoby z tych usług skorzystać.

[8] Tak sformułowana definicja opieki zdrowotnej jako działalności gospodarczej czyni zadość najczęściej w Polsce stosowanej definicji działalności gospodarczej Oskara Langego, O. Lange, *Ekonomia polityczna*, tom I, w: *Dzieła*, t. 3 PWE Warszawa 1975, s. 218.

[9] L. Zienkowski, *Dochód narodowy. Wytwarzanie i podział*, PWE Warszawa 1970, s. 24 i nast.

[10] Skrócona klasyfikacja usług dla potrzeb planowania i sprawozdawczości w zakresie usług. Zeszyty Metodyczne nr 58, GUS Warszawa 1985.

[11] J. Sobiech, *Aktualne kierunki dyskusji o finansowaniu działalności nieprodukcyjnej*, Ruch PEiS 1971 nr 4, s. 159 i nast.

[12] Z. Pirożyński, *Koszty i źródła finansowania działalności nieprodukcyjnej*, Studia Finansowe 1969 nr 6, s. 44 i nast.; Z. Pirożyński, *Budżet a finansowanie działalności nieprodukcyjnej*, Studia Finansowe 1969 nr 7–8, s. 108 i nast.; Z. Pirożyński, *Założenia systemu finansowania jednostek nieprodukcyjnych*, Studia Finansowe 1977 nr 24, s. 6–8.

[13] M. Kucharski, *Bilanse syntetyczne gospodarki narodowej*, PWE Warszawa 1967, s. 8.

administracja czy obrona narodowa, nie jest to tak samo oczywiste w odniesieniu do opieki zdrowotnej i niektórych innych usług socjalno–kulturalnych (społecznych). Dużo z tego punktu widzenia praktyczniejsze wydaje się rozpowszechnione w piśmiennictwie posługiwanie się terminem działalności niematerialnej[14] i tym bardziej działalności socjalno–kulturalnej, ze stosowanym zawężeniem zakresu prowadzonych rozważań.

Terminem działalność socjalno–kulturalna obejmuje się działalność polegającą na wytwarzaniu i podziale dóbr i usług, której celem jest zaspokajanie określonego rodzaju potrzeb socjalnych i potrzeb kulturalnych.[15] Pewne niejasności mogą się tu pojawić ze względu na rozbieżności w sposobie rozumienia potrzeb socjalnych i potrzeb kulturalnych.[16] Szczególnie wieloznaczne wydaje się pojęcie potrzeb socjalnych, nie budzi jednak na ogół wątpliwości, że potrzeby zdrowotne należą do potrzeb socjalnych, a więc i działalność w zakresie opieki zdrowotnej może być rozpatrywana w ramach działalności socjalno–kulturalnej.

Kryterium potrzeby nie jest jedynym kryterium pozwalającym na wyróżnienie działalności socjalno–kulturalnej od działalności gospodarczej, można się w tym celu posługiwać również kryterium funkcjonalnym.[17] Zgodnie z tym kryterium działalnością socjalno–kulturalną jest działalność służąca rozwijaniu zdolności umysłowych oraz sił i umiejętności fizycznych człowieka.[18] Definicja opierana na kryterium funkcjonalnym nawiązuje do koncepcji „kapitału ludzkiego", który według autorów tej koncepcji powstaje właśnie w rezultacie działalności polegającej na „inwestowaniu w człowieka". Powstały w wyniku inwestycji w człowieka kapitał ludzki składa się z kapitału wiedzy i kapitału zdrowia. Kapitał zdrowia tworzony jest w znacznej mierze w wyniku działalności w zakresie opieki zdrowotnej, będącej dziedziną działalności socjalno–kulturalnej.

(2) W latach osiemdziesiątych poczęto w Polsce dosyć powszechnie odnosić do działalności socjalno–kulturalnej termin: sfera usług społecznych, której jedną z głównych dziedzin jest opieka zdrowotna. Wyodrębienie sfery usług społecznych i przyjęcie do niej takiej właśnie a nie innej nazwy uzasadniano charakterem zaspokajanych dzięki działalności prowadzonej w tej sferze potrzeb, znaczeniem prowadzonej w niej działalności w polityce społecznej państwa, rolą tej sfery w społecznej reprodukcji czynnika ludzkiego oraz znaczeniem rezultatów działalności tej sfery dla kształtowania wielkości i struktury konsumpcji oraz szczególną rolą człowieka jako podmiotu prowadzonej w tej sferze działalności, a także ze względu na szczególną rolę człowieka jako odbiorcy usług społecznych.[19]

Wydaje się, że pojawienie się nazwy sfera usług społecznych ozancza *de facto* powrót do tradycyjnego a zaniechanego w zasadzie w państwach socjalistycznych pojęcia gospodarki publicznej, bez przywracania tego terminu. Usługi społeczne wchodzą w skład usług określonych tradycyjnie jako usługi publiczne, stanowiące trzon gospodarki publicznej. Usługowe rezultaty działalności prowadzonej w zakresie opieki zdrowotnej, jako jednej z dziedzin usług społecznych, mają nie tylko znaczenie dla poszczególnych osób na których rzecz

---

[14] J(remi) Wierzbicki, *Rachunek usług niematerialnych w gospodarce narodowej*, PWN Warszawa 1973, s. 65–70; J. Chechliński, *Finanse w procesie zaspokajania potrzeb niematerialnych. Problemy – metody*,w pracy zbiorowej: *Problemy finansowania działalności niematerialnej*. PWE Warszawa 1979, s. 12; K. Piotrowska–Marczak, *Finanse sfery niematerialnej*, PWE Warszawa 1987, s. 13.

[15] L. Swatler, *Usługi socjalne i kulturalne jako element redystrybucji dochodu narodowego*, w: *Problemy finansowania działalności niematerialnej*, wyd. cyt., s. 27–37; J. Wierzbicki, *Działalność socjalno–kulturalna. Źródła i formy jej finansowania*, w: *Problemy finansowania działalności niematerialnej*, wyd. cyt., s. 49 i nast; J. Wierzbicki, *Usługi socjalne w systemie finansowym*, Opolskie Roczniki Ekonomiczne 1975, s. 64–79: E. Denek, *Działalność socjalno–kulturalna jako przedmiot gospodarki terenowej*, w: *Studia ekonomiczno–finansowe w działalności socjalno–kulturalnej*, ZN AE w Poznaniu, seria I zeszyt 117.

[16] Z. Pirożyński, *Ekonomiczne aspekty budżetowego finansowania usług*, Finanse 1964 nr10.

[17] J. Wierzbicki, *Inwestycje w człowieka oraz ich efektywność*, Poznańskie Roczniki Ekonomiczne, Poznań 1979, t. XXVI.

[18] tamże, s. 109.

[19] S. Golinowska, K. Tymowska, *Kierunki reformy gospodarczej w sferze usług społecznych*, w pracy zbiorowej pod red. A. Łukaszewicza, *Usługi społeczne*,PWE Warszawa 1984, s. 24 i nast.

jest ta działalność prowadzona, ale mają także charakter ponad jednostkowy, toteż mogą być rozpatrywane jako „dobra publiczne".[20] Tego rodzaju podejście do opieki zdrowotnej może być mylące z tego względu, że znane jest od dawna pojęcie zdrowia publicznego, odnoszące się do innej sfery zjawisk. Mianowicie obok zdrowia jednostki i działalności mającej na celu niedopuszczenie co najmniej do umniejszenia jej potencjału zdrowia, wyróżnia się zdrowie publiczne.[21]

Za traktowaniem opieki zdrowotnej, będącej dziedziną działalności prowadzonej w sferze usług społecznych jako określonej sfery usług publicznych przemawia rola organów państwa (centralnych i terenowych) w kierowaniu tą działalnością, i to zarówno w zakresie inwestycji (alokacji zasobów materialnych i pracy), jak i w zakresie wykorzystywania istniejących w tej sferze zasobów. Działalność w zakresie opieki zdrowotnej jest przedmiotem regulacyjnego oddziaływania państwa, chociaż określenie granic tego oddziaływania nie jest łatwe, o czym także będzie w dalszym ciągu mowa, nie podlego ona w związku z tym regułom mechanizmu rynkowego, nawet jeżeli mechanizm ten jest w jakimś zakresie wykorzystywany w podziale usług medycznych pomiędzy użutkowników tych usług. Wynika to zwłaszcza z charakteru zaspokajanych w ramach tej działalności potrzeb, o czym będzie również w dalszym ciągu mowa.

Tak rozumiana opieka zdrowatna może być przedmiotem zainteresowania ekonomisty, nie tracąc swych humanitarnych walorów, w ramach problematyki zabezpieczenia społecznego, z rozróżnieniem w tych ramach ściśle się zazębiającej, chociaż na ogół oddzielnie rozpatrywanej, problematyki usług społecznych i świadczeń społecznych (występujących zarówno w formie usługowej, jak i pieniężnej), które stanowią odrębną dziedzinę gospodarki publicznej państwa (zarówno prowadzonej w tym zakresie działalności usługowej, jak i działalności finansowej państwa).

1.3. Opieka zdrowotna jako dział zabezpieczenia społecznego

(1) Rozwijające się współcześnie we wszystkich krajach świata zabezpieczenie społeczne, rozumiane jako system urządzeń publicznych mających ochronić człowieka przed ryzykiem niedostatku, bez względu na jego przyczyny[22] związane było w początkowej fazie swego rozwoju nieomal wyłącznie z opieką leczniczą i zasiłkami pieniężnymi dla osób tracących dochody na skutek choroby.[23] Tradycyjnie więc jednym z pierwszych ryzyk obejmowanych zabezpieczeniem społecznym jest choroba i jej skutki ekonomiczne, przy czym chorobie w koncepcji zabezpieczenia społecznego nadaje się wyraźnie losowy, zdarzeniowy charakter.[24]

Celem, jaki staje przed systemem zabezpieczenia społecznego w tym zakresie jest zarówno minimalizacja zagrożenia chorobą, jak i ochrona przed ekonomicznymi skutkami choroby gdy się już pojawi takie zdarzenie losowe, jakim jest choroba. Wyraża się to w tym, że osoba tym zdarzeniem losowym dotknięta uzyskuje prawo do świadczeń zdrowotnych (pomocy leczniczej, opieki zdrowotnej), których celem jest usunięcie skutków choroby; ponadto osoba ta uzyskuje prawo do świadczeń pieniężnych, co jest związane z utratą lub zmniejszeniem zdolności do zarobkowania na skutek zdarzenia losowego jakim jest choroba. Zachodzi przy tym związek między prawem do świadczeń pieniężnych i prawem do usług w zakresie opieki zdrowotnej[25].

---

[20] J. G. Head, *Public Goods and Public Welfare*, Duke Uniwersity Press Durham 1975, s. 6; P. Sulmicki, *Planowanie i zarządzanie gospodarcze*, wyd. III PWE Warszawa 1978, s. 84 i nast.

[21] A.S. Yerby, *Administracja zdrowia publicznego*, w pracy zbiorowej pod red. E. D. Kilbourne, W. G. Smillie, *Ekologia człowieka i zdrowie publiczne*, PZWL Warszawa 1973, s. 385.

[22] Por. J. Piotrowski, *Zabezpieczenie społeczne. Problematyka i metody*, Książka i Wiedza, Warszawa 1966, s. 37 i nast.; A. Rajkiewicz, *Zabezpieczenie społeczne*, w pracy zbiorowej pod red. A. Rajkiewicza, *Polityka społeczna*, wyd. II PWE Warszawa 1976, s. 366 i nast.; E. Modliński, *Podstawowe zagadnienia prawne ubezpieczeń społecznych*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1968, s. 15 i nast.; W. Szubert, *Ubezpieczenie społeczne. Zarys systemu*, PWN Warszawa 1987, s. 21 i nast.

[23] J. Piotrowski, *tamże*, s. 91–101.

[24] Powoduje to dominację techniki ubezpieczeniowej wśród technik zabezpieczenia społecznego przynajmniej w pierwszym okresie rozwoju zabezpieczenia społecznego. J. Piotrowski, *Od ubezpieczenia chorobowego do powszechnej służby zdrowia*, Łódź (bez daty, prawdopodobnie 1948). Powołując w tym miejscu tę ważną pracę J. Piotrowskiego trudno się powstrzymać przed uwagą, że ewolucja systemu ochrony zdrowia w Polsce doprowadziła do sytuacji, w której na swojego autora zdaje się czekać praca nt. przejścia od natychmiastowej służby zdrowia do ubezpieczenia chorobowego.

[25] J. Jończyk, *Prawo do ochrony zdrowia*, Państwo i Prawo 1988 nr 1, s. 12 i nast.

Brak prawa do świadczeń pieniężnych na skutek spowodowanej chorobą utraty zdolności do zarobkowania może utrudnić a nawet uniemożliwić skorzystanie z prawa do usług w zakresie opieki zdrowotnej.[26] Dawny bliski związek między świadczeniami pieniężnymi związanymi z chorobą a opieką zdrowotną uległ rozluźnieniu, co jest związane nie tylko z przyjęciem innych mechanizmów realizacji prawa do świadczeń pieniężnych w związku z chorobą i prawa do opieki zdrowotnej, ale – jak się wydaje – jest związane głównie z nadaniem odmiennych funkcji świadczeniom pieniężnym i usługom opieki zdrowotnej w gospodarce publicznej państwa[27]. Systemy zabezpieczenia społecznego nadają obu tym prawom różny zakres tak przedmiotowy, jak i podmiotowy a także przyjmują różne metody i techniki realizacyjne mające na celu nadanie tym prawom realnego a nie deklaratywnego charakteru.

Problematyka prawnoustrojowa związana z realizacją prawa do ochrony zdrowia, traktowanego najczęściej jako jedno z głównych, gwarantowanych konstytucyjnie, praw obywatelskich, jest niezwykle złożona i charakteryzuje się dużym stopniem ogólności w rozpowszechnionym sposobie podejścia do tej problematyki. Podejmowane są jednak próby konkretyzacji prawa do ochrony zdrowia poprzez wyróżnienie szczegółowych uprawnień[28], czy też praw podmiotowych, zrodzonych przez prawo do ochrony zdrowia jako prawo konstytucyjne[29].

Wymieniając szczegółowe grupy uprawnień wynikające z treści konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia wyróżnia się w szczególności: powszechne prawo obywatelskie do ochrony zdrowia; prawo pracowników do bezpiecznych i higienicznych warunków pracy; prawo do ochrony zdrowia w związku z macierzyństwem oraz do ochrony zdrowia pracowników młodocianych.[30] Trudno tutaj jednak nie wskazać, że mamy do czynienia ze swoistą tautologią, wyrażającą się mianowicie tym, że prawo do ochrony zdrowia jest realizowane przez ochronę zdrowia. Samo prawo konstytucyjne do ochrony zdrowia stanowi tylko podstawę umożliwiającą tworzenie praw podmiotowych, które w tym przypadku następuje w prawie pracy i ubezpieczeń społecznych[31] oraz w prawie administracyjnym.[32] W obu tych gałęziach prawa istnieje zespół praw podmiotowych o zróżnicowanej treści i charakterze, zawierających uprawnienia podmiotowe do świadczeń zdrowotnych (usług w zakresie opieki zdrowotnej) oraz uprawnienia podmiotowe do świadczeń (głównie pieniężnych) w wypadku utraty zdrowia. W prawie pracy i ubezpieczeń społecznych oraz w prawie administracyjnym konkretyzowane są także obowiązki i zadania odpowiednich organów państwa i innych podmiotów w zakresie opieki zdrowotnej ludności, a zwłaszcza zapewnienie świadczeń zdrowotnych (usług) i innych świadczeń głównie pieniężnych, w przypadku utraty zdrowia.

(2) Charakter odpowiednich regulacji prawnych w sferze opieki zdrowotnej jako dziedzinie zabezpieczenia społecznego uzależniany jest od zastosowanych technik realizacji zabezpieczenia społecznego. W teorii zabezpieczenia społecznego wyróżnia się technikę ubezpieczeniową, technikę opiekuńczą i technikę zaopatrzeniową.[33] Na ogół w różnych krajach stosowane są w systemie zabezpieczenia społecznego wszystkie te tęchniki równocześnie, jednakże z przewagą czy też dominacją jednej z pośród nich. W Polsce wykorzystywane są wszystkie możliwe techniki zabezpieczenia społecznego, przy czym nastąpiło rozdzielenie techniki realizacji prawa do

---

[26] I. Jędrasik-Jankowska, *Zasiłek chorobowy (problematyka prawna)*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1983, s. 43; H. Pławucka, *Świadczenia pieniężne w związku z chorobą*, w: *Ubezpieczenia chorobowe*, UW Wrocław 1984, s. 38.

[27] Problematyka ta nie jest zasadniczo podejmowana w literaturze. Pewne uwagi na ten temat można znaleźć w opracowaniach: J. Jończyka, *Czy istnieje instytucja ubezpieczenia chorobowego* oraz T. Żylińskiego, *Społeczna służba zdrowia a ubezpieczenie chorobowe*, w zbiorze: *Ubezpieczenie chorobowe*, UW Wrocław 1984.

[28] Jest to podejście charakterystyczne dla nauki i polityki społecznej, por. L. Frąckiewicz, *Polityka ochrony zdrowia*, PWE Warszawa 1983, s. 21 i nast.; Cz. Surowik, *Warunki realizacji prawa do ochrony zdrowia*, Wyd. UG Gdańsk 1976, s. 16.

[29] Jest to podejście charakterystyczne dla reprezentantów prawa konstytucyjnego, por. A. Burda, *Polskie prawo państwowe*, PWN Warszawa 1987, s. 376; Z. Jarosz, S. Zawadzki, *Prawo konstytucyjne*, PWN Warszawa 1980, s. 252–255.

[30] L. Frąckiewicz, *tamże*, s. 21.

[31] W. Szubert, *Ubezpieczenie społeczne. Zarys systemu*, PWN Warszawa 1986 s. 88 i nast.

[32] T. Kuta, *Zaspokojenie potrzeb socjalno-bytowych i oświatowo-kulturalnych obywateli*, w pracy zbiorowej pod red. T. Rabskiej, *System prawa administracyjnego*, tom IV Ossolineum, Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk 1989, s. 115 i nast.

[33] J. Piotrowski, *Zabezpieczenie społeczne..., wyd. cyt.*, s. 160 i nast.

świadczeń zdrowotnych (usług w zakresie opieki zdrowotnej) i techniki do realizacji prawa do świadczeń pieniężnych związanych z wywołaną chorobą utratą zdolności do zarobkowania. Prawo do świadczeń pieniężnych realizowane jest przy wykorzystaniu metod właściwych technice ubezpieczeniowej. Natomiast realizacja prawa do świadczeń zdrowotnych (prawa do opieki zdrowotnej w ścisłym znaczeniu) odbywa się przy zastosowaniu wszystkich możliwych technik zabezpieczenia społecznego równocześnie, co zresztą sprzyja pojawianiu się niekonsekwencji prawnych.[34] Występowanie tych niekonsekwencji skłania nawet niektórych autorów do formułowania poglądu, że jakkolwiek w krajach socjalistycznych przyjęto ubezpieczeniową technikę realizacji zabezpieczenia społecznego, przenikniętą elementami techniki zaopatrzeniowej, to jest to jednak technika na tyle odmienna od tradycyjnie rozpatrywanych w ramach zabezpieczenia społecznego, że staje się ona odrębną techniką, właściwą dla państw socjalistycznych.[35] Problematyka ta będzie wymagała bliższego rozpatrzenia w dalszym ciągu niniejszej pracy.

Dla podejmowanego w tej pracy problemu, jakim jest wybór skutecznych ekonomiczno–finansowych mechanizmów kierowania przez państwo instytucjami opieki zdrowotnej, ważne są zwłaszcza finansowe konsekwencje traktowania opieki zdrowotnej jako działu zabezpieczenia społecznego oraz finansowe konsekwencje rozdzielenia w systemie zabezpieczenia społecznego prawa do świadczeń zdrowotnych (opieki zdrowotnej w ścisłym znaczeniu) od prawa do świadczeń pieniężnych występujących w związku z utratą zdolności do zarobkowania na skutek choroby.

Finansowa problematyka zabezpieczenia społecznego, bez względu na kontrowersje odnoszące się do samej koncepcji zabezpieczenia społecznego, może być sprowadzona do mechanizmów i instrumentów gromadzenia i podziału funduszów zabezpieczenia społecznego. Poszczególnym technikom zabezpieczenia społecznego odpowiadają przy tym właściwe tylko im mechanizmy i instrumenty gromadzenia i podziału odpowiednich funduszów. Niezbędne jest przy tym zachowanie zgodności między mechanizmami i instrumentami tworzenia funduszów z mechanizmami i instrumentami ich podziału. Konsekwencją przyjęcia określonych technik zabezpieczenia społecznego w zakresie podziału i nadania uprawnień do korzystania z opieki zdrowotnej traktowanej jako działu zabezpieczenia społecznego powinno być przyjęcie takich samych technik w zakresie gromadzenia funduszów. Ale także i odwrotnie – przyjęcie określonych rozwiązań w zakresie technik gromadzenia funduszów opieki zdrowotnej wymaga zastosowanie tych samych technik w zakresie ich podziału i nadania uprawnień do korzystania z opieki zdrowotnej.

Wydaje się, że mniej rygorystyczne stanowisko można by przyjąć odnośnie finansowych konsekwencji odróżnienia w systemie zabezpieczenia społecznego prawa do świadczeń zdrowotnych (opieki zdrowotnej w ścisłym znaczeniu) od prawa do świadczeń pieniężnych w związku z utratą zdolności do zarobkowania na skutek choroby. Sprzyja temu stosowanie innych technik w zakresie opieki zdrowotnej i innych w zakresie świadczeń pieniężnych związanych z chorobą. Jednakże powinna następować zgodność między technikami przyjmowanymi dla gromadzenia a technikami przyjmowanymi dla podziału funduszów opieki zdrowotnej oraz zgodność między technikami przyjmowanymi dla gromadzenia a technikami przyjmowanymi dla podziału funduszów świadczeń pieniężnych.

1.4. Opieka zdrowotna jako przedmiot badań obejmowanych niniejszą pracą

(1) Wyodrębnienie opieki zdrowotnej z szerokiego zakresu ochrony zdrowia jest zawsze w mniejszej lub w szerszej skali umowne. Nie mniej wydaje się ono niezbędne, jak i niezbędna jest

[34] Jednym z zewnętrznych przejawów tych niekonsekwencji jest chociażby istnienie legitymacji ubezpieczeniowych, z uzależnieniem udzielania świadczeń zdrowotnych od pośiadania poświadczenia w tej legitymacji aktualnego zatrudnienia, przy równoczesnym finansowaniu opieki zdrowotnej wprost z budżetu, przy równoczesnym zobowiązaniu w prawie administracyjnym organów państwa do zapewnienia opieki zdrowotnej dla ogółu ludności.

[35] W. Muszalski, *Ubezpieczenia społeczne. Zarys ogólny*, część I, ZUS Warszawa 1984, s. 16.

bliższa charakterystyka działalności w zakresie opieki zdrowotnej jako działalności w sferze usług społecznych.

Opieka zdrowotna jest znacznie zróżnicowana przedmiotowo i w szczególności obejmuje[36]:

– umacnianie zdrowia, określane także jako profilaktyka nieswoista, swoiste zapobieganie chorobom czyli profilaktyka swoista (łącznie z profilaktyką nieswoistą i profilaktyką swoistą nazywa się profilaktyką pierwszej fazy procesu chorobowego),

– zapobiegawczo nastawione leczenie czyli profilaktykę drugiej fazy,

– rehabilitację czyli profilaktykę trzeciej fazy,

– opiekę medyczno-społeczną nad ludźmi głęboko upośledzonymi fizycznie lub psychicznie,

– opiekę terminalną nad nieuleczalnie chorymi.

W rozmaitych, a istniejących realnie, systemach opieki zdrowotnej zakres przedmiotowy opieki zdrowotnej jest zróżnicowany. W każdym z tych systemów występuje jednak co najmniej profilaktyka drugiej fazy, tj. zapobiegawczo nastawione leczenie, przy różnym jedynie stopniu nastawienia zapobiegawczego w procesie leczenia.

Profilaktyka swoista dotyczy osób zagrożonych konkretną chorobą a więc ma dość wyraźnie usługowy charakter. Najbardziej typowymi metodami działania są w ramach profilaktyki swoistej działania przeciw epidemiologiczne mające zapobiegać wszelkim chorobom a więc nie tylko chorobom zakaźnym czy zawodowym.

Współcześnie, zwłaszcza w krajach rozwiniętych, coraz szersze miejsce w opiece zdrowotnej zyskuje profilaktyka nieswoista czyli umacnianie (potęgowanie) zdrowia osób uznanych za zdrowe. Głównym jej celem jest ukształtowanie środowiska naturalnego i społecznego, aby rozwój człowieka był jak najpomyślniejszy a narażenie na czynniki chorobotwórcze jak najmniejsze. Profilaktyka nieswoista tylko w pewnej części jest działalnością usługową a wyznaczenie takich ram usługowego charakteru profilaktyki nieswoistej, które pozwalają na zaliczenie profilaktyki nieswoistej do opieki zdrowotnej, jest bardzo utrudnione. Właściwe dla profilaktyki nieswoistej metody działania dotyczą zapewnienia właściwego ze względów zdrowotnych odżywiania, bezpiecznych i higienicznych warunków pracy i życia, właściwych ze względów zdrowotnych odpoczynku oraz rekreacji sił fizycznych i psychicznych i nawet kształtowania prawidłowych pod kątem wymagań zdrowotnych stosunków międzyludzkich. Cechą profilaktyki nieswoistej jest to, że zasadniczo odnosi się także do osób, u których występuje stan pełnego zdrowia.

Profilaktyka drugiej fazy czyli zapobiegawczo nastawione leczenie dotyczy osób u których proces chorobowy już się rozpoczął. Celem jest tu możliwie wczesne przerwanie procesu chorobowego, przywrócenie pierwotnego zasobu energii biologicznej, warunkującej fizjologiczne i społeczne funkcje ustroju lub ograniczenie niepomyślnych skutków choroby (zapobieganie inwalidztwu lub śmierci). Bliższe określenie leczenia jako „nastawionego zapobiegawczo" ma na celu wskazanie na aktywny stosunek do zdrowia, podnoszony zwłaszcza w ramach programu Światowej Organizacji Zdrowia: „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000"[37]. Ten aktywny stosunek do zdrowia ma się wyrażać przede wszystkim w dążeniu do jak najwcześniejszego wykrycia i rozpoznania procesu chorobowego, głównie przez masowe badania ludności lub jej grup szczególnie narażonych na dane schorzenia, medyczny nadzór środowiskowy nad ludnością itp.

Profilaktyka trzeciej fazy czyli rehabilitacja dotyczy osób u których choroba doprowadziła do krócej lub dłużej trwającego ograniczenia niektórych czynności ustroju lub pozostawiła trwałe kalectwo. Rehabilitacja jako dziedzina opieki zdrowotnej obejmuje kontrolowaną medycznie rekonwalescencję, rehabilitację medyczną a także reedukację i resocjalizację.

Opieka medyczno-społeczna nad ludźmi głęboko upośledzonymi fizycznie lub psychicznie oraz opieka nad uznanymi za nieuleczalnie chorych dotyczy chorób określanych jako postępujące i nieodwracalne, w których – jak się uważa – ani leczenie ani rehabilitacja nie są w stanie zapobiec niepomyślnemu rozwojowi choroby. Można spotkać się z poglądami, że

[36] J. Indulski, J. Leowski, *Podstawy medycyny społecznej*, PZWL Warszawa 1971, s. 14–21; B. M. Kleczkowski, *Zakres działalności współczesnej ochrony zdrowia (Próba systematyzacji pojęciowej)*, Zdrowie publiczne 1967 nr 4, s. 401–409.

[37] *Cele i zadania polskiego programu, Zdrowie dla wszystkich w roku 2000*, PZWL Warszawa 1987.

historycznie opieka medyczno–społeczna i opieka terminalna dominowały w nastawionej dawniej opiekuńczo opiece zdrowotnej (zwłaszcza szpitalnej).[38]

(2) Nie cały przedstawiony wyżej przedmiotowy zakres działalności w zakresie opieki zdrowotnej będzie przedmiotem dociekań obejmowanych niniejszą pracę a to głównie z tego względu, że praktycznie w tej dziedzinie działalności następuje ograniczenie i znaczne zawężenie opieki zdrowotnej do na ogół węższego zakresu profilaktyki (i to głównie swoistej) oraz do działalności leczniczej i rehabilitacyjnej.

Pewną trudność przy wyznaczeniu zakresu pracy stanowią liczne powiązania działalności w zakresie opieki zdrowotnej z działalnością w zakresie opieki społecznej i to nie tylko w opiece terminalnej nad tzw. nieuleczalnie chorymi ale i innych działach przedstawionego wyżej przedmiotowego zakresu opieki zdrowotnej. Mimo, że w praktyce występuje – nie tylko zresztą w Polsce ale i w wielu innych krajach – łączenie działalności z zakresu opieki zdrowotnej z działalnością z zakresu opieki społecznej, to wspólne rozpatrywanie opieki zdrowotnej i opieki społecznej nie uważam w swej pracy – ze względu na jej cel – ani za możliwe ani nawet właściwe. Wynika to z tego powodu, że występująca dotąd unifikacja rozwiązań systemu finansowania opieki zdrowotnej i systemu finansowania opieki społecznej nie wydaje się uzasadniona. Mówiąc inaczej, inne mechanizmy ekonomiczno–finansowe oraz inne instrumenty finansowe mogą i powinny znaleźć zastosowanie w działalności w zakresie opieki zdrowotnej a inne instrumenty finansowe mogą i powinny znaleźć zastosowanie w działalności w zakresie opieki społecznej. Stąd też i problematyka skuteczności ekonomiczno–finansowych mechanizmów kierowania opieką zdrowotną jest odmienna od problematyki skuteczności ekonomiczno–finansowych mecanizmów kierowania opieką społeczną. Do opieki zdrowotnej i do opieki społecznej odnoszą się przy tym różne kryteria i oceny racjonalizacji finansowania.

Zasadniczo przedmiotem tej pracy jest opieka zdrowotna jako usługowa działalność gospodarcza (chociaż można mieć wątpliwości czy profilaktyka, nawet zawężona do swoistej, jest w całości działalnością usługową). Wydaje się, że szersze uzasadnienie możliwości i potrzeby rozpatrywania opieki zdrowotnej jako działalności gospodarczej jest w tym miejscu zbędne. Pewnego wyjaśnienia wymaga jedynie to, co będzie w dalszym ciągu rozpatrywane w opiece zdrowotnej jako działalność gospodarcza.

Ścisłe ograniczenie opieki zdrowotnej do procesów świadczenia w jej ramach wyłącznie usług medycznych nie jest w praktyce możliwe. Przede wszystkim nie da się pominąć faktu świadczenia w opiece zdrowotnej także i rzeczy, zwłaszcza leków i tym samym pominąć gospodarki lekami, a przynajmniej ekonomicznej problematyki regulacji i racjonalizacji spożycia leków. W pracach z zakresu ekonomiki zdrowia można znaleźć wiele argumentów za tym, że nie jest właściwe zajmowanie się wyłącznie ekonomicznymi problemami związanymi ze spożyciem leków, tj. konsumpcją leków, pomijaniem ekonomicznych problemów ich produkcji i dystrybucji. Ekonomiczna problematyka produkcji i dystrybucji leków jest niestety w Polsce rzadko podejmowana. Brak jest niemal zupełnie piśmiennictwa z tego zakresu, toteż jej podjęcie w tej pracy oznaczałoby konieczność zajęcia się nią od podstaw, co wykracza poza tematyczny zakres tej pracy. Rozpatrując zużycie leków, jako jednego z czynników świadczenia usług w instytucjach opieki zdrowotnej, nie da się jednak zupełnie uniknąć pewnych odniesień tak do produkcji, jak i dystrybucji leków.

Dostrzegam oczywiście znaczenie i innych czynników rzeczowych w opiece zdrowotnej. Niektóre z nich mają mniejsze (np. artykuły żywnościowe niezbędne ze względu na specjalnego rodzaju diety w postępowaniu leczniczym) a inne większe znaczenie (jak np. sprzęt i aparatura lecznicza). Nie są one przedmiotem tej pracy. Odrębnym rodzajem działalności w zakresie opieki zdrowotnej, pominiętym zasadniczo w niniejszej pracy, jest ponadto wytwarzanie rozmaitych preparatów krwi i surowic.

Tego rodzaju ograniczenia przedmiotowe w tematyce niniejszej pracy mają umożliwić pogłębienie głównego nurtu podejmowanych w niej rozważań. Z tego samego powodu

[38] M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*,PZWL Warszawa 1986 s. 109 i nast.

niezbędne będzie także ograniczenie podmiotowe — do najbardziej mianowicie typowych instytucji opieki zdrowotnej, co w tym miejscu jedynie wstępnie zaznaczam a bliżej przedstawię w dalszym ciągu pracy.

(3) Największe problemy metodologiczne przy rozpatrywaniu opieki zdrowotnej jako przedmiotu regulacyjnego oddziaływania państwa także i przy pomocy mechanizmów i instrumentów ekonomiczno—finansowych powstają dla ekonomisty w związku z tym, że opieka zdrowotna jest rozpatrywana na ogół wyłącznie od strony zasobów jakimi dysponuje, tj. od strony stanu i rozmieszczenia infrastruktury społecznej z zakresu ochrony zdrowia jako — jak to się najczęściej formułuje — ogólnokrajowej sieci określonego rodzaju instytucji i urządzeń infrastrukturalnych. Jest to centralistyczne podejście, nastręczające poważne trudności, jako że stan i rozmieszczenie infrastruktury przystosowuje się do wymagań właściwego zaspokojenia potrzeb zdrowotnych, które są w zasadzie nieograniczone i przy tym zróżnicowane przestrzennie według trudnych do jednoznacznej identyfikacji czynników. Nasuwa się w związku z tym problem przydatności kategorii „potrzeby zdrowotne" w planowaniu i fiansowaniu opieki zrowotnej. Rodzi to konieczność — co ma dalej idące konsekwencje — równoczesnego rozpatrywania opieki zdrowotnej jako działalności gospodarczej (będącej przedmiotem regulacyjnego oddziaływania państwa) od strony producenta (podażowej czy, inaczej mówiąc, od strony zdolności usługowych) oraz od strony użytkownika czyli konsumenta (zapotrzebowania, a mówiąc być może z pewną przesadą, od strony popytowej) usług opieki zdrowotnej. Tego rodzaju złożone podejście do opieki zdrowotnej zostało zastosowane w tej pracy. Nie sposób było postąpić inaczej chcąc wiązać przedmiot pracy z praktyką społeczno—gospodarczą kraju (w praktyce społeczno—gospodarczej nie rozróżniano w całym okresie powojennym, zasadniczo w systemie regulacyjnego oddziaływania państwa na opiekę zdrowotną, strony podażowej i popytowej tej opieki).

W głównym nurcie tej pracy są rozpatrywane finansowe instrumenty oddziaływania ze strony państwa na instytucje opieki zdrowotnej, jako swoistego producenta usług opieki zdrowotnej, które jednak oddziaływują zarazem i na użytkownika (korzystającego z usług opieki zdrowotnej). Nie można było w tej pracy oczywiście pominąć również instrumentów finansowych stosowanych wprost wobec użytkowników opieki zdrowotnej, które znowu bardzo rzadko nie oddziaływują zarazem na instytucje opieki zdrowotnej. Wszystko to stanowi uzasadnienie dla równoczesnego rozpatrywania opieki zdrowotnej jako przedmiotu regulacyjnego oddziaływania ze strony państwa na podaż usług opieki zdrowotnej i czynniki tę podaż kształtuje oraz na użytkowników usług opieki zdrowotnej, zwłaszcza przez kształtowanie zasad podziału usług opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem społecznych i ustrojowych uwarunkowań tej opieki.

(4) Opieka zdrowotna została w tej pracy w zasadzie ograniczona do państwowej opieki zdrowotnej (a więc zasadniczo z wyłączeniem spółdzielczych i prywatnych form tej opieki). Całkowite pominięcie spółdzielczych i prywatnych form opieki zdrowotnej nie jest oczywiście możliwe, tak silnie są one zrośnięte z państwową opieką zdrowotną (i to nie tylko przez ich substytucyjność). Ze względu jednak na zakres państwowej opieki zdrowotnej regulacyjne oddziaływanie państwa odnosi się głównie do tej właśnie formy opieki zdrowotnej, z bardzo szerokim zastosowaniem swoistych instrumentów finansowych związanych głównie z wydatkową stroną funduszów finansowania tej opieki. W odniesieniu do spółdzielczości i prywatnej praktyki ważniejsze są inne instrumenty regulacyjnego oddziaływania, związane głównie z dochodową stroną tych funduszów (zwłaszcza w formie ich opodatkowania), nie mające dotychczas większego zastosowania w państwowej opiece zdrowotnej (w warunkach gdy głównym funduszem jej finansowania jest budżet państwa).

Posługuję się terminem państwowa a nie społeczna opieka zdrowotna (czy służba zdrowia), gdyż ten drugi nie wydaje mi się adekwatny nie tylko ze względu na wątpliwe „uspołecznienie" państwowej opieki zdrowotnej, a także ze względu na to, że jest zbyt szeroki i wymagałby włączenia właściwie do zakresu społecznej opieki zdrowotnej i spółdzielczych form tej opieki.

2. Proces świadczenia usług opieki zdrowotnej

2.1. Ekonomiczne znaczenie rozpoznania potrzeb zdrowotnych

(1) Przydatność kategorii „potrzeby zdrowotne" dla rozwoju i funkcjonowania opieki zdrowotnej bywa coraz częściej kwestionowana[39], podobnie zresztą jak przydatność kategorii „potrzeby" dla planowania i zarządzania działalnością gospodarczą w ogóle.[40] Powody, które skłaniają wielu do całkowitej rezygnacji z tego pojęcia są poważne i nie mogą być przemilczane. Tym niemniej jednak posługiwanie się pojęciem „potrzeby zdrowotne" wydaje się użyteczne, chociaż jego zdefiniowanie – jak zdefiniowanie nieomal każdego powszechnie używanego pojęcia o znaczeniu ogólnym – napotyka na poważne trudności. Wyrazem tego są trudności precyzyjnego określenia takich pojęć, jak zdrowie, choroba (a także związanego z kategorią potrzeb zdrowotnych – pojęcie dyskomfortu).[41] Poważnym utrudnieniem w posługiwaniu się pojęciem „potrzeby zdrowotne" jest zwłaszcza to, że pojęcie to rozpatrywane być może – a często także mniej lub bardziej świadomie jest rozpatrywane – w dwóch odmiennych ujęciach, tj. w ujęciu subiektywnym (a więc w kategoriach behawioralnych) oraz w ujęciu obiektywnym (a więc w kategoriach klinicznych).[42] Ze względu na to można się spotkać z odróżnieniem „potrzeb zdrowotnych" od „zapotrzebowania na opiekę zdrowotną", z tendencją do posługiwania się głównie tym drugim[43].

Jakkolwiek sformułowanie możliwej do zaakceptowania definicji potrzeb zdrowotnych nie jest proste, to adaptując znane w psychologii pojęcie potrzeby można upraszczająco powiedzieć, że potrzeby zdrowotne wyrażają takie stany, w których może dojść do negatywnych dla zdrowia lub życia skutków, jeżeli nie podejmnie się odpowiednich działań z zakresu opieki zdrowotnej.[44] Definicja ta może okazać się niewystarczająca i przez to mało użyteczna dla rozpatrywania ekonomicznej problematyki działalności w zakresie opieki zdrowotnej, ale pozwala na uświadomienie względności i wyjątkowego zindywidualizowania działalności opieki zdrowotnej.

Wsród potrzeb zdrowotnych wyróżnić można rzeczywiste potrzeby zdrowotne, uświadamiane (postrzegane) potrzeby zdrowotne i wyrażane potrzeby zdrowotne.[45] Uświadamiane (postrzegane) potrzeby zdrowotne to takie, które przy danym poziomie wiedzy medycznej oraz kultury i oświaty zdrowotnej są możliwe do spostrzeżenia i zarejestrowania. Natomiast potrzeby zdrowotne wyrażane to te spośród potrzeb uświadamianych, co do których wyrażono chęć ich zaspokojenia (np. w postaci zgłoszenia się do instytucji opieki zdrowotnej). Potrzeby zdrowotne uświadamiane i wyrażane mają charakter mniej lub bardziej wymierny. Można je określić ilościowo, przy zastosowaniu metod statystycznych i epidemiometrycznych.

W przeciwieństwie do potrzeb postrzeganych, rzeczywiste potrzeby zdrowotne nie są właściwie ilościowo wymierne gdyż część z nich nie jest możliwa do poznania przy danym poziomie wiedzy medycznej oraz kultury i oświaty zdrowotnej. Wynika to z szerokiej definicji zdrowia i z tego, że granica między zdrowiem a chorobą jest granicą nieostrą.[46]

[39] K. L. Boulding, *The Concept of Need form Health Services*, w pracy zbiorowej pod red. R. D. Luke, J. C. Bauer, *Issues in Halth Economics An Aspen Publication*, Rockville, Maryland, London 1982, s. 97 i nast.

[40] K. Rogoziński, *Kategoria potrzeb w teorii ekonomii*, Ekonomista 1979 nr3, s. 642.

[41] M. Sokołowska, *Socjologia medycyny, wyd. cyt.*, s. 16 i nast.

[42] A. Ostrowska, *Problemy zdrowia i opieki lekarskiej w opiniach społeczeństwa polskiego*, Ossolineum Wrocław 1975, s. 12; E. Holst, *Profesjonalne planowanie zdrowia i profesje zajmujące się zdrowiem*, w pracy zbiorowej pod red. M. Sokołowskiej i J. Hołówki, *Polityka społeczna a zdrowie*, KiW Warszawa 1978, s. 79.

[43] F. Grundy, A. W. Reinke, *Badania nad opieką zdrowotną i sformalizowane mstody zarządzania*, PZWL Warszawa 1977, s. 24.

[44] Zbliżoną definicję potrzeb zdrowotnych podaje Z. Żołnowski, *Preparacja zorganizowanych działań zdrowotnych*, Zdrowie Publiczne 1967 Suplement nr 1, s. 38.

[45] J. Sobiech, *Usługi ochrony zdrowia i źródła ich finansowania, wyd. cyt.*,s.46.

[46] Wskazuje się na to dość powszechne w medycynie. T. Kielanowski, *Propedeutyka medycyny*, wyd. III, PZWL Warszawa 1979, s. 64. Dla potrzeb opieki zdrowotnej tworzy się różnego rodzaju skale intensywności zdrowia i choroby: A. J. Culyer, *Appraising Government Expenditure on Health Services: The Problems of „Need" and „Output"*, Public Finance 1972 vol. 27.

Stąd też niejako pierwszym krokiem w poznaniu potrzeb zdrowotnych są rozmaite próby mierzenia zdrowia[47] oraz stanowiące ich odmianę próby określenia poziomu zdrowotności w poszczególnych, uznanych za najważniejsze, grupach schorzeń, połączone z próbami przewidywania głównych zagrożeń chorobowych ludności w przyszłości.[48]

Z ekonomicznego punktu widzenia istnieje konieczność posługiwania się możliwie precyzyjną definicją zdrowia i takimi kategoriami potrzeb, które byłyby możliwe do ilościowej oceny. Dlatego też dla ekonomisty najistotniejsze są wyrażane potrzeby zdrowotne, których ekonomista nie może jednak jednoznacznie traktować jako zapotrzebowania na opiekę zdrowotną ani tym bardziej jako popytu na usługi w zakresie opieki zdrowotnej(przy zastosowaniu rynkowego bądź *quasi*–rynkowego mechanizmu podziału usług opieki zdrowotnej) ani nawet jako wymagań zdrowotnych (przy zastosowaniu różnych sposobów racjonowania opieki zdrowotnej). Trzeba tutaj jasno stwierdzić, że nawet traktowanie opieki zdrowotnej jako działalności gospodarczej nie pozbawia opieki zdrowotnej pewnej specyfiki, która powoduje, że takie kategorie jak popyt, podaż itp. mogą być stosowane jedynie ze znaczną ostrożnością i to niezależnie od metod podziału usług opieki zdrowotnej.

Uświadamiane potrzeby zdrowotne są także bardzo ważne dla ekonomisty gdyż w każdej chwili mogą przybrać postać wyrażonych potrzeb zdrowotnych a więc zapotrzebowaniu lub popytu na usługi opieki zdrowotnej (przy zastosowaniu rynkowego czy *quasi*rynkowego mechanizmu podziału tych usług pomiędzy ich użytkowników) lub wymagań zdrowotnych (przy zastosowaniu różnych sposobów racjonowania opieki zdrowotnej). Duże znaczenie ma ponadto fakt, że w miarę wzrostu kultury zdrowotnej i dbałości o własne zdrowie oraz rozszerzenia zakresu działania opieki zdrowotnej coraz to więcej postrzeganych potrzeb zdrowotnych nabiera charakteru wyrażanych potrzeb zdrowotnych (popytu na usługi medyczne bądź też wymagań zdrowotnych), tym bardziej że w warunkach nieustannego postępu wiedzy medycznej coraz to więcej potrzeb rzeczywistych przybiera postać postrzeganych potrzeb zdrowotnych.

Samo stwierdzenie istnienia czy nie istnienia potrzeb zdrowotnych jest arbitralne.[49] Potrzeby zdrowotne, wyłączywszy skrajne sytuacje, nie mają na ogół absolutnego charakteru i są przy tym jednymi z wielu potrzeb odczuwanych przez człowieka. Podlegają stopniowaniu w porównaniu z innymi potrzebami, jakie przy ograniczonych środkach i w ograniczonym z natury czasie mogą być zaspokajane. Jest przy tym kwestią wyboru kto ma wystąpić w charakterze arbitra określającego postrzegane potrzeby zdrowotne: czy mają to być eksperci a więc lekarze czy politycy i ekonomiści, czy też same zróżnicowane, zorganizowane społeczności, a więc na przykład organy państwa czy samorządy lokalne. Ważną cechą potrzeb zdrowotnych jest więc w każdym razie to, że faktycznie potrzeby te podlegają uznaniu i określeniu przez osobę trzecią, czyli osobę zewnętrzną w stosunku do osoby odczuwającej potrzebę. Związana jest z tym konieczność posługiwania się zewnętrznym sposobem obserwacji i miarami, które pozwalałyby na stosunkowo jednoznaczne stwierdzenie, czy dana osoba jest w potrzebie, czy nie powinna być brana pod uwagę jako ta, do której odnieść można potrzeby zdrowotne.

(2) Pojęcie potrzeba zdrowotna odnosi się zasadniczo nie do potrzeby zdrowia samego w sobie ale do potrzeby opieki zdrowotnej, która ma być środkiem prowadzącym do utrzymania a nawet podniesienia zdrowia samego w sobie.[50] Przyjmuje się więc założenie, że działalność w zakresie opieki zdrowotnej prowadzi do utrzymania czy podniesieniu potencjału zdrowia, co tylko pozornie jest w każdym wypadku oczywiste i bezdyskusyjne. Działalność w zakresie opieki

---

[47] K. G. Wright, *Alternative Measures of the Output of Social Programmes*,w:*Ekonomics and Social Goals; Aspects of Public choice*, Martin Robertson, London 1974, s. 37.

[48] Wyniki najbardziej całościowej spośród podjętych dotychczas w Polsce prób określenia poziomu zdrowotności zawiera praca zbiorowa pod red. W. Kuryłowicza, *Problemy zdrowotne Polski. Teraźniejszość i przyszłość częstszych chorób w Polsce*. PAN Komitet Badań i Programów „Polska 2000" Ossolineum Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk 1978.

[49] A. J. Culyer, *Need and the National Health Service*, Ekonomics and Social Choice, Martin Robertson Oxford 1979, s. 12.

[50] *Tamże*, s. 16–17.

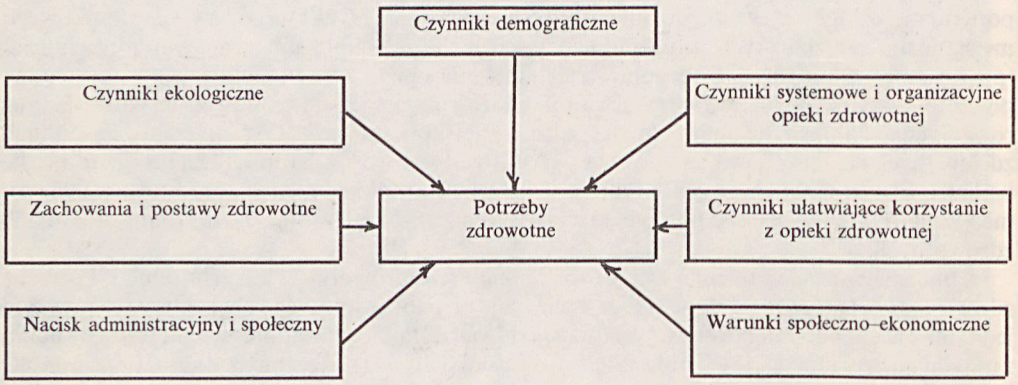
zdrowotnej nie zawsze jest efektywna w tym znaczeniu, że nie zawsze przyczynia się do poprawy zdrowia a wielokrotnie związana jest z ryzykiem.

Dla działalności w zakresie opieki zdrowotnej ważna jest nie tylko znajomość stanu potrzeb zdrowotnych ale i czynników stanowiących o ich nasileniu. Można ogólnie stwierdzić, że zakres postrzeganych potrzeb zdrowotnych zależy od poziomu, na jakiej znajduje się w danej chwili wiedza medyczna i kultura zdrowotna. Problematyka czynników kształtujących postrzegane potrzeby zdrowotne nie może w zasadzie być przedmiotem rozważań ekonomisty. Ma ona jednak znaczenie jako swego rodzaju punkt wyjścia dla rozpatrywania zespołu czynników decydujących o rozmiarach wyrażanych potrzeb zdrowotnych.[51]

Zestawienie czynników, decydujących o rozmiarach wyrażonych potrzeb zdrowotnych i występujące między nimi powiązania, pokazuje schemat nr 1. Czynniki te sprowadzić można do następujących ważniejszych ich grup:

Schemat nr 1

Czynniki określające potrzeby zdrowotne



– czynniki demograficzne (takie jak np. płeć, wiek, skład i typ rodziny, gęstość zaludnienia itp.);

– czynniki osobowe, predysponujące do szukania opieki zdrowotnej, tj. zachowania czy postawy zdrowotne (takie jak nawyki i obyczaje higieniczne, sceptycyzm w stosunku do opieki zdrowotnej, aspiracje zdrowotne, uzależnienie w chorobie, postawy wobec lekarzy, itp.);

– czynniki ekologiczne (takie jak zanieczyszczenie powietrza, wody, żywności, stan równowagi ekologicznej, zagrożenia ekologiczne zwłaszcza w środowisku pracy);

– czynniki systemowo–organizacyjne opieki zdrowotnej (takie jak zasoby rzeczowe a zwłaszcza urządzenia i aparatura medyczna oraz kadry medyczne i paramedyczne, rozmieszczenie infrastruktury opieki zdrowotnej oraz warunki eksploatacji urządzeń infrastrukturalnych);

– czynniki ułatwiające korzystanie z opieki zdrowotnej, tj. dostępność, osiągalność i dogodność opieki zdrowotnej (takie jak lokalizacja instytucji opieki zdrowotnej i promień jej działania, godziny przyjęć, liczba personelu medycznego i jego stosunek do pacjentów itp.);

[51] W literaturze brak jest jednolitości poglądów co do tego, jakie czynniki kształtują wyrażane potrzeby zdrowotne (popyt na usługi opieki zdrowotnej, wymagania zdrowotne). Różni autorzy podają różne czynniki i rozmaicie je nazywają. W literaturze polskiej por. np. J. Indulski, J. Leowski, *Podstawy medycyny społecznej, wyd. cyt.*, s. 355 i nast.; M. Miśkiewicz, W. Straszewicz, *Planowanie docelowej sieci przestrzennej szpitali,* Zdrowie Publiczne 1969 nr 12, s. 1108; H. Rafalski, *Ochrona zdrowia ludności wiejskiej w PRL,* LSW Warszawa 1972, s. 111 i nast.; R. Jachowicz, *Zarys technologii współczesnego szpitala,* PZWL Warszawa 1970. W literaturze światowej por. np. M. Grossman, *The Demand for Health; A Theoretical and Empirical Investigation,* Columbia University Press, New York, London 1972; V. R. Fuchs, *Who Shall Live? Health, Economics and Social Choice,* New York 1974; H. L. Blum, *Expanding Health Care Horizons,* Oakland 1983.

– warunki społeczno-ekonomiczne (takie jak zakres odpłatności opieki zdrowotnej, zasobność funduszów społecznych przeznaczonych na opiekę zdrowotną, zamożność korzystających z opieki zdrowotnej, utrata lub zmniejszenie dochodu w czasie choroby lub korzystanie z opieki zdrowotnej itp.);

– czynniki nakłaniające, tj. nacisk administracyjny i społeczny (takie jak przymus leczenia pewnych schorzeń, okresowe mody na korzystanie z pewnego rodzaju opieki zdrowotnej czy pewnego rodzaju terapii itp.).

Znaczenie wszystkich tych czynników wyraża się zarówno w tym, że ich znajomość pozwala na ocenę bieżącego i przyszłego kształtowania się potrzeb zdrowotnych, jak i w tym, że same te czynniki mogą być przedmiotem oddziaływania, w tym także regulacyjnego oddziaływania ze strony państwa. Patrząc na te czynniki z tego ostatniego punktu widzenia trzeba wśród nich wyróżnić czynniki poddające się takiemu regulacyjnemu oddziaływaniu i czynniki, na które oddziaływanie jest bardzo utrudnione lub nie jest możliwe. Najogólniej mówiąc to oddziaływanie może polegać bądź na nasileniu, bądź na osłabieniu lub nawet eliminacji określonego rodzaju czynników. Wydaje się jednakże, że przynajmniej bezpośrednio nie ma możliwości wykorzystywania instrumentów finansowych dla regulacyjnego oddziaływania na czynniki decydujące o rozmiarach potrzeb zdrowotnych.

2. Pojęcie usług opieki zdrowotnej i charakterystyka procesu ich świadczenia

Świadczenie usług opieki zdrowotnej można zdefiniować jako działalność gospodarczą w ramach której zmierza się do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych, przybierających postać zapotrzebowania na opiekę zdrowotną bądź popytu na usługi bądź wymagań zdrowotnych. W procesie świadczenia usług opieki zdrowotnej, tak jak w każdej działalności gospodarczej, następuje zastosowanie czynnika ludzkiego (kadr medycznych i paramedycznych) oraz czynników rzeczowych (budynków, urządzeń trwałych a głównie sprzętu i aparatury medycznej oraz materiałów, a zwłaszcza leków)[52].

Specyfiką usług opieki zdrowotnej jest przede wszystkim to, że usługi te nie poddają się standaryzacji czy unifikacji lecz mają charakter zindywidualizowany i powiązany ściśle z osobą odbiorcy usług, tj. pacjenta. Rozpatrując proces świadczenia usług opieki zdrowotnej trzeba wskazać ponadto, że niezmiernie trudna w tym procesie jest kwantyfikacja usług a nawet określenie, co jest usługą czyli – jak to się niejednokrotnie mówi – trudne jest określenie jednostki usługowej. Na ogół w opiece zdrowotnej pacjent korzysta z wielu usług opieki zdrowotnej równocześnie, przy czym nie jest łatwo określić w jakim stopniu przebieg procesu świadczenia tych usług zależy od rodzaju choroby, cech osobistych pacjenta, biegłości fachowych kadr medycznych, wyposażenia w odpowiednią aparaturę odpowiednich instytucji usługowych itp.

W samym procesie świadczenia usług opieki zdrowotnej niezbędny jest aktywny udział pacjentów i pełne z ich strony zaangażowanie w przebieg procesu świadczenia usług[53], a nawet w jakimś zakresie akceptacja z ich strony przebiegu tego procesu i stosowanych w nim metod postępowania. Akceptacja ta jest ściśle zwięzana ze stopniem zaufania pacjentów do osób świadczących usługi opieki zdrowotnej[54]. Pacjenci oczekują zwłaszcza zindywidualizowanego a nie zbiurokratyzowanego podejścia do nich ze strony fachowych kadr medycznych i paramedycznych, a także ich sumienności a nawet szczególnej troskliwości[55].

Równie specyficzną cechą usług opieki zdrowotnej jest znaczna swoboda w wyborze technologii procesu świadczenia tych usług przez fachowych pracowników opieki zdrowotnej, a zwłaszcza w wyborze sposobu postępowania w procesie leczniczym, oraz swoboda tych

[52] J. Sobiech, *Usługi ochrony zdrowia i źródła ich finansowania*, wyd. cyt., s. 46.

[53] J(remi)Wierzbicki, *Rachunek usług niematerialnych w gospodarce narodowej*, *wyd. cyt.*,s. 43.

[54] M. Sokołowska, *Dwa style polityki zdrowotnej. Charakterystyka podstawowych typów orientacji lekarzy*, Studia Socjologiczne 1971 nr 3, s. 241.

[55] Tamże s. 249 oraz M. Sokołowska, *Dysfunkcjonalność instytucji służby zdrowia*, Studia Socjologiczne 1972 nr 4, s. 309.

pracowników w wyborze sposobu postępowania w rehabilitacji i profilaktyce. Swoboda ta ma znaczenie ekonomiczne gdyż dokonywany w jej ramach wybór powoduje zróżnicowanie kosztów opieki zdrowotnej. Z tych też względów swoboda ta bywa współcześnie ograniczona. Współcześnie swoboda ta ograniczona zostaje dodatkowo coraz bardziej technologicznie – przez rosnącą rolę materialnych czynników procesu świadczenia usług opieki zdrowotnej (głównie sprzętu i aparatury oraz leków).

Istotną cechą procesu świadczenia usług opieki zdrowotnej – jak i każdej działalności usługowej – jest to, że ich produkcja odbywa się równocześnie z ich konsumpcją[56]. Cecha ta między innymi powoduje to, że przy rozpatrywaniu opieki zdrowotnej jako działalności gospodarczej trudno jest oddzielić płaszczyznę producenta i płaszczyznę konsumenta. Stąd też usługi opieki zdrowotnej powinny być zasadniczo świadczone w bezpośrednim sąsiedztwie ich odbiorców[57],a opieka zdrowotna ma w zasadzie środowiskowy charakter, dotycząc zwłaszcza środowiska zamieszkania lub środowiska pracy i nauki[58]. Uważa się przy tym, że wyników działalności usługowej nie można magazynować[59],co także odnosi się do działalności usługowej w zakresie opieki zdrowotnej.

Wszystko to powoduje z jednej strony konieczność utrzymywania zdolności usługowych opieki zdrowotnej w ciągłej gotowości do świadczenia usług opieki zdrowotnej a z drugiej strony skłania do odpowiedniej przestrzennej lokalizacji samych instytucji opieki zdrowotnej i do odpowiedniego przestrzennego rozmieszczenia zdolności usługowych tych instytucji. Potrzeby zdrowotne, na zaspokajaniu których polega działalność usługowa w sferze opieki zdrowotnej mają regionalny charakter[60],co nadaje opiece zdrowotnej znaczenie środowiskowe. Postępująca specjalizacja poszczególnych dziedzin opieki zdrowotnej oraz postęp w zakresie komunikacji zmienia jednak znaczenie środowiskowej opieki zdrowotnej.

(2) Proces świadczenia usług opieki zdrowotnej rozpatrywany jako działalność gospodarcza, pomimo już wielokrotnie podnoszonej jego specyfiki, nie odróżnia się w jakiś zasadniczy sposób od procesu gospodarczego w ogóle. Przy użyciu ograniczonych zasobów zmierza się do osiągnięcia określonych zamierzeń. Charakterystyczna jest tu jedynie ograniczona rola substytucji czynników świadczenia usług opieki zdrowotnej[61]. Możliwości rozszerzenia działalności usługowej czy też podniesienia jej standardu bez wzrostu zatrudnienia są w opiece zdrowotnej ograniczone, a samo wprowadzenie postępu technicznego musi być na ogół związane z równoczesnym wzrostem zatrudnienia. Rozwój działalności polegającym na świadczeniu usług opieki zdrowotnej, podobnie jak w innych dziedzinach sfery usług społecznych, wymaga więc z reguły wzrostu zatrudnienia[62].

Wzrost zatrudnienia i tym samym zwiększenie świadczenia usług opieki zdrowotnej utrudnia poważnie, przynajmniej w krótkim okresie, wymaganie wysokich kwalifikacji i występującej współcześnie daleko posuniętej specjalizacji kadr zaangażowanych w procesie świadczenia usług opieki zdrowotnej. Przygotowanie wysoko kwalifikowanych kadr medycznych wymaga nie tylko długiego czasu ale i odpowiednio zorganizowanego i będącego na odpowiednim poziomie systemu kształcenia i doskonalenia tych kadr[63].

[56] P. Sulmicki, *Planowanie i zarządzanie gospodarcze*, wyd. III zm. PWE Warszawa 1978, s. 47.

[57] J. Kroszel, *Infrastruktura społeczna w teorii i praktyce gospodarki socjalistycznej*, PWN Warszawa, Wrocław, Opole 1979, s. 43.

[58] L. Frąckiewicz, *Polityka ochrony zdrowia, wyd. cyt.*, s. 45.

[59] P. Sulmicki, *tamże*,s. 47.

[60] R. J. Stimson, *Research Desing and Methodological Problems in the Geography of Health*,w:*Geographical Aspects of Health*, London – Toronto 1983, s. 327 i nast.

[61] M. Nieduszyński, *Analiza społecznej i ekonomicznej efektywności usług zdrowia*, Studia Finansowe 1972 nr 13; M. Nieduszyński, *Analiza jednostkowych kosztów działalności szpitali (optymalizacja działalności szpitali)*. Studia Finansowe 1974 nr 17.

[62] W Polsce konsekwentnie na to zwracał w swoich pracach uwagę Z. Pirożyński – po raz pierwszy szerzej w : Z. Pirożyński, *Niektóre ekonomiczne aspekty wzrostu wydatków państwowych na cele oświatowo-kulturalne i socjalne*, w zbiorze: *Studia Podatkowe i Budżetowe*, UMK Toruń 1964, s. 164 i nastp., a po raz ostatni w: Z. Pirożyński, *Makroekonomiczne uwarunkowania gospodarki terenowej*, w pracy zbiorowej pod red. J. Wierzbickiego, *Finanse gospodarki terenowej*, PWE Warszawa 1989, s. 45–57.

[63] Dotyczy to zwłaszcza lekarzy.

Stan i struktura kadr medycznych, a zwłaszcza system ich kształcenia i doskonalenia, przesądza w istotnej mierze o poziomie opieki zdrowotnej i to nawet w płaszczyźnie cywilizacyjnej.

Wśród materialnych czynników procesu świadczenia usług opieki zdrowotnej uzyskuje rosnące znaczenie sprzęt i aparatura medyczna, co jest związane z rozwojem nauki i techniki. W rezultacie tego rozwoju dokonuje się postępu technicznego, wyrażającego się we wprowadzaniu coraz to doskonalszej aparatury medycznej o rosnącej kapitałochłonności. W ostatnich latach nastąpiło ogromne przyspieszenie postępu technicznego w opiece zdrowotnej, co poważnie zmieniło technologię leczenia. Obecnie można już uznać, że stan i struktura wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną przesądza, w niewiele mniejszym stopniu niż stan i struktura kadr medycznych i system ich kształcenia i doskonalenia, o poziomie opieki zdrowotnej także i w płaszczyźnie cywilizacyjnej.

Kolejnym materialnym czynnikiem procesu świadczenia usług opieki zdrowotnej są leki i preparaty lecznicze, których zużywanie jest niezbędne w procesie świadczenia usług opieki zdrowotnej[64]. Charakterystyczna jest niezmiernie wysoka dynamika zużycia leków, przekraczająca nieomal we wszystkich krajach świata dynamikę wzrostu dochodu narodowego[65] oraz nieustanne pojawianie się nowych preparatów leczniczych, a także wyjątkowo dynamiczny rozwój przemysłu farmaceutycznego, zwłaszcza w najbardziej rozwiniętych krajach świata. Leki mają wyjątkowo wysoki priorytet u konsumentów, pośród innych dóbr, stąd silne naciski tak ze strony samych pacjentów jak i systemu opieki zdrowotnej na wzrost konsumpcji leków i to leków coraz droższych. Nie bez znaczenia jest tu konkurencja przedsiębiorstw przemysłu farmaceutycznego i podporządkowany tej konkurencji system informacji o lekach.

2.3. Organizacja procesu świadczenia usług opieki zdrowotnej

(1) Świadczenie usług medycznych odbywa się w specyjalnie do tego zorganizowanych instytucjach o różnym stopniu złożoności i o różnej wewnętrznej strukturze organizacyjnej oraz o rozmaitych formach powiązań między nimi i rozmaitym stopniu zależności od organów centralnych i terenowych państwa[66]. Zgodnie z przyjętym w punkcie 1.4. zakresem opieki zdrowotnej, obejmowanej badaniami nimniejszej pracy wyróżnić można instytucje właściwe poszczególnym dziedzinom opieki zdrowotnej. Niektóre z tych instytucji pełnią jednak wiele funkcji stąd też jednoznaczne ich podporządkowanie poszczególnym przedmiotowo wyodrębnianym działom opieki zdrowotnej nie jest łatwe.

Działalność w zakresie profilaktyki nieswoistej jest prowadzona przez instytucje sanitarne i przeciwepidemiczne, będące historycznie pierwszymi instytucjami zdrowia publicznego zorganizowanymi i działającymi na zasadach policyjnych – jako tzw. policja sanitarna. Główne funkcje tych instytucji, jakie ukształtowały się w toku ich rozwoju, to kontrola i nadzór sanitarny nad środowiskiem naturalnym, nad żywieniem i żywnością, nad instytucjami żywienia zbiorowego, nad instytucjami użyteczności publicznej (np. szkołami itp.). Inne zadania instytucji sanitarnych i przeciwepidemicznych wiążą się z przeprowadzeniem odpowiednich badań stanu sanitarno-higienicznego i stanu zdrowia, zwłaszcza w zakresie zagrożenia chorobami zakaźnymi, oraz z bezpośrednim wykonywaniem lub nadzorem nad wykonywaniem przez inne instytucje odpowiednich działań przeciwepidemicznych (np. szczepień ochronnych). Instytucje sanitarne i przeciwepidemiczne zorganizowane są we wszystkich systemach kierowania opieką zdrowotną na zasadzie centralizacji, mimo że mają na ogół terenowy zasięg działania.

---

[64] K. Szwenberg, *Ekonomiczne zagadnienia farmacji*, w pracy zbiorowej pod red. J. Indulskiego, *Farmacja społeczna*, PZWL Warszawa 1981, s. 232 i nast.

[65] T. Szuba, *Leki dla wszystkich*. Zdrowie Publiczne 1986 nr 3. T. Szuba, *Ekonomika farmaceutyczna*, PZWL Warszawa 1987.

[66] Prawne podstawy funkcjonowania instytucji opieki zdrowotnej w Polsce stanowi: *Rozporządzenie Prezydenta Rzeczpospolitej z 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych* (Dz. U. 1928 nr 38, poz. 382, zm. Dz. U. 1934 nr 110, poz. 975; Dz. U. 1939 nr 30 poz. 200; Dz. U. 1948 nr 55 poz. 434; Dz. U. 1949 nr 25 poz. 174; Dz. U. 1949 nr 65 poz. 530; Dz. U. 1988 nr 41 poz. 324).

Wewnętrzna organizacja tych instytucji jest też na ogół silnie scentralizowana. Właściwymi metodami działania omawianych instytucji są metody administracyjne (a nawet przymusu).

Działalność w zakresie profilaktyki swoistej jest prowadzona przez takie instytucje, jak uzdrowiska, prewentoria, sanatoria i półsanatoria, domy zdrowia i rozmaitego rodzaju pensjonaty.

Największa różnorodność form organizacyjnych występuje w działalności zapobiegawczo–leczniczej, która prowadzona jest w zasadzie we wszystkich systemach organizacyjnych na kilku poziomach[67]:rodzina, podstawowa opieka zdrowotna (opieka tzw. pierwszego kontaktu), specjalistyczna opieka zdrowotna o ogólnym charakterze, wąskospecjalistyczna opieka zdrowotna.

Opieka zdrowotna na poziomie rodziny odbywa się najczęściej bez specjalnej organizacji, przez samoleczenie albo z wykorzystaniem jedynie usług lekarza rodzinnego (domowego) bądź też pielęgniarki środowiskowej.

Podstawowa opieka zdrowotna organizowana jest w rozmaity sposób w różnych systemach organizacyjnych i podlega dość często różnym reorganizacjom. Najczęściej właśnie podstawowa opieka zdrowotna stanowi miejsce pierwszego kontaktu pacjenta z systemem opieki zdrowotnej[68]. W Polsce podstawowa opieka zdrowotna ma charakter środowiskowy i jest odrębnie realizowana dla środowiska zamieszkania, odrębnie dla środowiska pracy i odrębnie dla środowiska nauki.

Podstawowa opieka zdrowotna w miejscu zamieszkania organizowana jest na zasadzie terytorialnej rejonizacji na ogół bez prawa wyboru instytucji opieki zdrowotnej (a jedynie wyjątkowo z prawem wyboru lekarza spośród zatrudnianych we właściwej rejonowo instytucji). Instytucje te organizowane są jako przychodnie bądź jako ośrodki zdrowia. Podstawowym problemem jest w tych warunkach wyznaczanie rejonu zapobiegawczo–leczniczego. Następuje tu ewolucja od ściśle administracyjnego wyznaczania granic rejonów do bardziej elastycznych zasad ich kształtowania[69]. Sprawą uznaniową jest także ustalenie jakiego rodzaju specjalności medyczne uważa się za obejmowane podstawową opieką zdrowotną.
W Polsce są to aktualnie: lekarz ogólny, lekarz pediatra, lekarz o specjalności położniczo–ginekologicznej oraz lekarz stomatolog.

Podstawowa opieka zdrowotna w miejscu pracy organizowana jest w formie zakładowych i międzyzakładowych przychodni lekarskich, które zasadniczo zorientowane na działalność zapobiegawczą prowadzą najczęściej działalność co najmniej we wszystkich specjalnościach medycznych właściwych dla podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania, z wyłączeniem pediatrycznej. Problematyka ta będzie przedmiotem szerszych rozważań w dalszej części pracy.

Podstawowa opieka zdrowotna w miejscu nauki nie zawsze jest wyodrębniona organizacyjnie w formie odrębnych przychodni czy też instytucji opieki zdrowotnej. W Polsce takie wyodrębnienie odnosi się w zasadzie wyłącznie do szkół wyższych. W szkołach funkcjonujących na niższych szczeblach kształcenia istnieją niekiedy gabinety lekarzy ogólnych i lekarzy stomatologów, powiązane organizacyjnie z instytucjami podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania.

W zasadzie podstawowa opieka zdrowotna ma wyłącznie charakter opieki zdrowotnej ambulatoryjnej (tzw. otwartej). W Polsce jednak w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania, a wyjątkowo także w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu pracy, funkcjonują także szpitale.

---

[67] J. Fry, *Medycyna w Związku Radzieckim, Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii*, PZWL Warszawa 1972, s. 20 i nast.; praca zbiorowa pod red. J. Fry'a i W. A. Farndale'a, *Międzynarodowa opieka medyczna. Porównanie i ocena organizacji opieki zdrowotnej na świecie*, PZWL Warszawa 1976.

[68] M. Sułkowski, *Podstawowa opieka zdrowotna jako dziedzina medycyny*, Zdrowie Publiczne 1982 nr 9, s. 387–394; M. Sułkowski, *Specyficzne aspekty podstawowej opieki zdrowotnej*, Zdrowie Publiczne 1980 nr 6, s. 365 i nast.

[69] J. Indulski, i inni, *Opieka zdrowotna w Polsce. Próba oceny i kierunki usprawnień*, Zdrowie Publiczne 1981 nr 11, s. 759; S. Kosiński, S. Tokarski, *Ochrona zdrowia ludności wiejskiej (ze szczególnym uwzględniniem lublszczyzny)*, PWN Warszawa–Łódź 1987.

Specjalistyczna opieka zdrowotna o ogólnym charakterze ma charakter opieki stacjonarnej (szpitalnej) oraz ambulatoryjnej i w zasadzie jest powiązana z podstawową opieką zdrowotną w miejscu zamieszkania, pracy i nauki. W Polsce sprawowana jest ona na ogół także na zasadach rejonizacji na obszarach szerszych niż rejony zapobiegawczo–lecznicze, tj. w obwodach (czy okręgach) zapobiegawczo–leczniczych. Pokrywają się one w zasadzie z wojewódzkimi, a więc mają właściwie sztywny charakter, odpowiadający terytorialnemu podziałowi kraju. W różnych krajach przyjmuje się różne formy organizacji ambulatoriów specjalistycznych i szpitali właściwych tej formie opieki zdrowotnej oraz rozmaite formy powiązań tych instytucji z organami państwa.

Wąsko specjalistyczna opieka zdrowotna organizowana jest w formie instytucji o charakterze regionalnym lub ogólnokrajowym i przybiera postać rozmaitego rodzaju centrów opieki zdrowotnej, klinik itp., najczęściej powiązanych z kształceniem i doskonaleniem kadr medycznych. Wąsko specjalistyczna opieka zdrowotna ma nieomal wyłącznie charakter stacjonarny (szpitalny), uzupełniany jedynie niekiedy o ambulatoria.

Szpital jest najbardziej typową formą organizacji opieki zdrowotnej występującą – jak już o tym była mowa – na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej opieki zdrowotnej o ogólnym charakterze oraz wąsko specjalistycznej opieki zdrowotnej[70]. Odrębną formą opieki zdrowotnej jest tzw. pomoc doraźna w nagłych wypadkach. bywa ona jednak najczęściej organizacyjnie połączona czy powiązana właśnie ze szpitalem.

Działalność rehabilitacyjna w zakresie opieki zdrowotnej dotyczyć może rehabilitacji medycznej, rehabilitacji zawodowej oraz rehabilitacji społecznej[71]. Właściwie tej dziedzinie działalności w zakresie opieki zdrowotnej są sanatoria rehabilitacyjne, rozmaitego rodzaju ośrodki przystosowawcze często o charakterze społecznym czy samopomocy.

Dla prowadzenia działalności w zakresie opieki medyczno–społecznej nad ciężko upośledzonymi fizycznie i psychicznie organizowane są różnego rodzaju zakłady państwowe ale często także zakłady o charakterze charytatywnym.

Wyróżnić można ponadto instytucje należące organizacyjnie do opieki zdrowotnej ale nie mające charakteru ściśle medycznego. Są to zwłaszcza apteki, a w niektórych systemach organizacyjnych cały przemysł farmaceutyczny, a także instytucje dystrybucji oraz konserwacji i naprawy sprzętu i aparatury medycznej, instytucje transportu sanitarnego, instytucje produkcji krwi i płynów infuzyjnych, protezowanie dentystyczne itp.

(2) Szczególnie kontrowersyjne a ważne z ekonomicznego punktu widzenia problemy organizacji procesu świadczenia usług opieki zdrowotnej wiążą się ze stopniem specjalizacji poszczególnego rodzaju instytucji oraz z zakresem spełnianych przez nie funkcji, stopniem powiązań organizacyjnych między instytucjami oraz ich wielkością. Każdy z tych problemów wymagał będzie szerszego rozwinięcia w dalszej części pracy, w tym miejscu pragnę jedynie zasygnalizować ich występowanie.

W przeszłości wśród instytucji opieki zdrowotnej dominowały instytucje o szerokich profilach działalności, jednakże, w miarę rozwoju wiedzy medycznej, postępowała specjalizacja tych instytucji, która doprowadziła – zwłaszcza na wyższych poziomach opieki zdrowotnej – do powstania instytucji wyspecjalizowanych w bardzo wąskich klinicznych specjalnościach medycyny. Proces świadczenia usług medycznych w tych instytucjach angażuje największą część zasobów pracy i największą część zasobów materialnych opieki zdrowotnej, co stanowi problem, jaki wymaga rozważenie także z ekonomicznego punktu widzenia. Tendencja ta

---

[70] Problemy szpitalnictwa z technicznego punktu widzenia omawia w literaturze polskiej R. Jachowicz, *Zarys technologii współczesnego szpitala*, PZWL Warszawa 1970, a ze społecznego punktu widzenia H. Csorba, *Szpital–pacjent. System społeczny kliniki internistycznej*, Ossolineum, Wrocław 1966. Brak jest w literaturze polskiej pracy poświęconej ekonomiczno–finansowej problematyce szpitala, mimo istnienia wielu takich prac w literaturze światowej, np. S. E. Borki, *Hospital Economics*, Lexington Books Toronto 1972; J. L. Bolandis, *Hospital Finance*, London 1982.

[71] Por. praca zbiorowa pod red. A. Hulek, *Rehabilitacja inwalidów i innych osób niepełnosprawnych a służby socjalne*, PWN Warszawa 1975; A. Hulek, *Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidów*, PZWL Warszawa 1979; M. Sokołowska, A. Ostrowska, *Socjologia kalectwa i rehabilitacji. Wybrane problemy*. Ossolineum Wrocław 1976.

występuje w zasadzie we wszystkich państwach bez względu na przyjmowane systemy opieki zdrowotnej.

Równocześnie występuje tendencja do integracji instytucji opieki zdrowotnej na poziomie opieki podstawowej i tworzenia dużych organizacji tej opieki, co doprowadza do zatracenia przez tę opiekę właściwego jej środowiskowego charakteru i tym samym utrudnia powiązanie z lokalnymi źródłami finansowania[72]. Proces integracji podstawowej opieki zdrowotnej występuje nie tylko w krajach socjalistycznych i często uzasadniany jest właśnie względami ekonomicznymi[73].

Problematyka powiązań między różnymi formami organizacji procesu świadczenia usług opieki zdrowotnej a zwłaszcza problematyka wielkości odpowiednich instytucji opieki zdrowotnej jest problemem także o charakterze ekonomiczno–finansowym, chodzi przy tym tak o nakłady inwestycyjne jak i o koszty bieżącego funkcjonowania odpowiednich instytucji.

(3) Zespół instytucji opieki zdrowotnej tworzy określonego rodzaju sieć organizacyjną w skali kraju, co nadaje opiece zdrowotnej charakter działalności infrastrukturalnej, niezbędnej ze względu na efekty zewnętrzne dla funkcjonowania życia gospodarczego i społecznego oraz przesądzającej o poziomie cywilizacyjno–kulturalnym. Organizacja procesu świadczenia usług opieki zdrowotnej jest kształtowana pod względem przestrzennym i funkcjonalnym, co prowadzi do wyróżnienia zespołów instytucji i urządzeń o rozmaitym zasięgu działalności i różnym stopniu specjalizacji funkcji. Zmierza się przy tym na ogół do jednolitych w tym zakresie rozwiązań w skali kraju, co nie pozostaje następnie bez wpływu na wybór ekonomiczno–finansowych mechanizmów kierowania opieką zdrowotną.

Podniesiony tutaj infrastrukturalny charakter opieki zdrowotnej prowadzi do szczeblowości w organizacji tej opieki, wyrażającej się zwłaszcza w wyróżnianiu stopniowalnych pionów instytucji opieki zdrowotnej, a więc centralnego, regionalnego i lokalnego (dzielonego dalej następnie odpowiednio do ustroju władz lokalnych). Instytucjami usługowymi szczebla centralnego są ogólno krajowe centra medyczne świadczące szczególne specjalistyczne usługi opieki zdrowotnej w oparciu o unikalną aparaturę i sprzęt medyczny i z wykorzystaniem szczególnie wysoko wykwalifikowanych kadr medycznych. Charakterystyczną cechą tego typu instytucji opieki zdrowotnej jest szczególnego rodzaju stopień gotowości do świadczenia wyjątkowo wyspecjalizowanych usług opieki zdrowotnej dla ludności całego kraju. Instytucjami usługowymi szczebla regionalnego są instytucje świadczące specjalistyczne usługi opieki zdrowotnej, łączące w swej działalności świadczenie usług opieki zdrowotnej z kształceniem kadr medycznych (w tym lekarzy) i działalnością naukowo–badawczą. Charakterystyczną cechą tego typu instytucji opieki zdrowotnej jest łączenie rozmaitych rodzajów działalności oraz łączenie świadczenia powtarzalnych usług opieki zdrowotnej z gotowością do świadczenia usług specjalistycznych. Instytucjami usługowymi szczebla lokalnego są instytucje świadczące usługi podstawowej opieki zdrowotnej oraz usługi specjalistyczne w zakresie głównych klinicznych dziedzin medycyny a więc takie, z których typowy pacjent korzysta stosunkowo często. Charakterystyczną cechą tego typu instytucji opieki zdrowotnej jest świadczenie typowych usług opieki zdrowotnej dla ludności w miejscu zamieszkania, pracy lub nauki.

Tworzące sieć organizacyjną opieki zdrowotnej urządzenia i instytucje mogą być zróżnicowane pod względem własnościowym, co – jak się wydaje - nie pozbawia opieki zdrowotnej cech działalności infrastrukturalnej. Zgodnie z kryterium własnościowym wyróżnić można państwowe instytucje opieki zdrowotnej, komunalne (o ile istnieje własność komunalna)

---

[72] Próby i efekty integracji podstawowej opieki zdrowotnej do roku 1975 w Polsce omawiam w: J. Sobiech, *Ekonomiczno–finansowa problematyka rozwoju roli rad narodowych w ochronie zdrowia w Polsce Ludowej*, Ruch PEiS 1976 nr 2, s. 123. Ocenie efektów zespolenia opieki zdrowotnej w Polsce poświęcono m. in. następujące prace: B. Howorka, *Zasięg i rozpiętość kierowania w zespole opieki zdrowotnej*, w: *Metody oceny stanu zdrowia ludności oraz zarządzanie i kierowanie w ochronie zdrowia*, PTMS Poznań 1983, s. 401 oraz liczne prace zespołu kierowanego przez H. Matuszewskiego z AM w Krakowie; opublikowane w Zdrowiu Publicznym 1974 nr 10, 11 i 12 oraz 1975 nr 1 i 2.

[73] S. Z. Nagi, *Zespół leczniczy w opiece zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych*, w pracy zbiorowej pod red. M. Sokołowskiej i J. Hołówki, *Polityka społeczna a zdrowie*, KiW Warszawa 1978, s. 384–399.

instytucje opieki zdrowotnej, spółdzielcze instytucje opieki zdrowotnej, instytucje opieki zdrowotnej stanowiące własność rozmaitych osób prawnych, prywatne instytucje opieki zdrowotnej oraz różnego rodzaju spółki łączące różne formy własności. W państwach socjalistycznych dominowały państwowe instytucje opieki zdrowotnej chociaż dopuszczano możliwość istnienia i innych pod względem własnościowych instytucji. Przywiązywano przy tym duże znaczenie do jednolitości w organizacji procesu świadczenia usług opieki zdrowotnej, co znajdowało zwłaszcza wyraz w poszukiwaniach tzw. optymalizacji struktur organizacyjnych opieki zdrowotnej.

2.4. Czynniki decydujące o podaży usług opieki zdrowotnej

(1) Stosując określenie podaż usług opieki zdrowotnej można mieć — jak się wydaje — na myśli rozmiary usług wszystkich przedmiotowo wyodrębnionych działów opieki zdrowotnej, strukturę asortymentową tych usług a także ich standard (jakość opieki zdrowotnej) oraz koszty świadczenia usług opieki zdrowotnej (a zwłaszcza koszty jednostkowe). Podaż usług opieki zdrowotnej może zostać - z pewnym uproszczeniem i nie bez pewnych zastrzeżeń — sprowadzona do zdolności usługowych poszczególnych wyodrębnionych w poprzednim punkcie poziomów opieki zdrowotnej (a więc podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej opieki zdrowotnej itp.) albo też zdolności usługowych poszczególnego rodzaju instytucji opieki zdrowotnej. Podaż usług opieki zdrowotnej wyraża się w swego rodzaju gotowości (potencjale) do świadczenia tych usług. Sprowadzanie podaży usług opieki zdrowotnej do zdolności usługowych odpowiednich instytucji powoduje, że podaż usług opieki zdrowotnej jest uzależniona w głównej mierze od czynnika pracy (a więc kadr medycznych i paramedycznych, kwalifikacji tych kadr, ich stosunku do pracy i organizacji ich pracy), co jest związane ze szczególnym wpływem czynnika ludzkiego na zdolności usługowe instytucji opieki zdrowotnej. Zarówno stwarzanie określonego rodzaju zdolności usługowych instytucji opieki zdrowotnej jak i wykorzystanie tych zdolności następuje w wyniku wykorzystania czynnika finansowego, co powoduje uzależnienie podaży usług opieki zdrowotnej od finansowania tej opieki z funduszęw społecznych (w przypadku nieodpłatności i częściowej odpłatności opieki zdrowotnej) bądź też zastosowania tzw. odpłatności zbiorowej z funduszów społecznych, bądź z funduszów odbiorców usług opieki zdrowotnej (w przypadku odpłatnego świadczenia tych usług czy zastosowania mechanizmu rynkowego w procesie świadczenia i podziału usług opieki zdrowotnej). Problematyka ta, wstępnie w tym miejscu zasygnalizowana, będzie rozwijana w dalszej części pracy.

Czynniki kształtujące podaż usług opieki zdrowotnej są więc związane z przyjętymi zasadami podziału usług opieki zdrowotnej pomiędzy użytkowników. Jeśli znajduje zastosowanie rynkowy mechanizm podziału usług medycznych pomiędzy ich użytkowników, to czynniki kształtujące podaż usług opieki zdrowotnej są dwustronnie powiązane z czynnikami kształtującymi popyt na te usługi. Powiązania te podlegają modyfikacji w zależności od zakresu regulującej roli państwa na rynku usług medycznych. Innego rodzaju relacje między czynnikami kształtującymi podaż usług opieki zdrowotnej a zapotrzebowaniem na te usługi występują przy tzw. odpłatności zbiorowej (np. w różnych systemach ubezpieczeniowych) gdzie następuje oderwanie użytkownika usług opieki zdrowotnej (pacjenta) od instytucji świadczącej usługi opieki zdrowotnej, co wywiera swoiste piętno tak na czynniki kształtujące podaż usług opieki zdrowotnej jak i na czynniki kształtujące zapotrzebowanie na tę opiekę.

W rozmaitych systemach reglamentacji (racjonowania) opieki zdrowotnej, przy bezpłatnym świadczeniu usług medycznych lub stosowaniu opłat jedynie ze względu na potrzebę odbiurokratyzowania administracyjnej reglamentacji opieki zdrowotnej, problematyka czynników kształtujących podaż, czy poprawniej mówiąc, zdolności usługowe opieki zdrowotnej staje się problematyką podstawową, rozpatrywaną tradycyjnie w gospodarce socjalistycznej jako planowe kształtowanie infrastruktury ochrony zdrowia (jako części składowej infrastruktury społecznej). W tym miejscu problematyka ta nie będzie dalej rozwijana. Zostaje pominięta zasadniczo z dwóch względów, a mianowicie dlatego, że zasady podziału usług opieki zdro-

wotnej zostaną dopiero szczegółowo omówione w punkcie następnym, oraz dlatego, że problematyka powiązań między zasileniem finansowym opieki zdrowotnej a rozmiarami, strukturą i standardem działalności w sferze usług zdrowotnych przewijać się będzie w całej pracy, stanowiąc jedną z zasadniczych płaszczyzn prowadzonych w tej pracy rozważań.

(2) Rozmiary, struktura i standard działalności usługowej w sferze opieki zdrowotnej uzależniona jest w skali całego państwa od rozbudowy odpowiednich instytucji opieki zdrowotnej oraz ich przestrzennego rozmieszczenia a także ich sprawności organizacyjnej, wiążącej się ściśle z liczbą, kwalifikacjami i rozmieszczeniem kadr medycznych (w stosunku do liczby ludności, w stosunku do zatrudnienia w całej gospodarce itp.).

Kolejnym, zyskującym na znaczeniu czynnikiem kształtującym rozmiary, strukturę i standard działalności usługowej opieki zdrowotnej jest wyposażenie systemu opieki zdrowotne w sprzęt i aparaturę medyczną oraz rozmieszczenie tego sprzętu i aparatury w poszczególnego rodzaju instytucjach opieki zdrowotnej kolejnych poziomów tej opieki (w stosunku do wartości ogółu środków trwałych w gospodarce, w stosunku do wielkości i struktury zatrudnienia w opiece zdrowotnej itp.).

Niezmiernie delikatnym w bliższych analizach czynnikiem określającym rozmiary, strukturę i standard działalności usługowej w sferze opieki zdrowotnej jest stopień wykorzystania i wydajność urządzeń technicznych systemu opieki zdrowotnej oraz wydajność pracy kadr medycznych i pozostałych pracowników zatrudnianych w opiece zdrowotnej.

Dalszym czynnikiem decydującym o rozmiarach, strukturze i standardzie działalności usługowej opieki zdrowotnej jest wielkość zasobów (nakładów finansowych), przeznaczanych na tę działalność, bez względu na źródła z których zasoby te pochodzą.

Całość wymienionych czynników stanowi o powiązaniu opieki zdrowotnej z gospodarką narodową[74] i znajduje swe syntetyczne ujęcie w ukształtowaniu relacji nakładów na opiekę zdrowotną do produktu społecznego i do dochodu narodowego. Wraz z rozwojem społeczno–gospodarczym następuje rozwój opieki zdrowotnej, jednakże charakter współzależności między rozwojem społeczno–gospodarczym a rozwojem opieki zdrowotnej nie jest łatwy do wyjaśnienia. W każdym razie w miarę rozwoju studiów nad wpływem całości omówionych tu czynników na działalność usługową opieki zdrowotnej okazało się, że przyjmowane często w przeszłości hipotetyczne założenia o prostym liniowym związku między tymi czynnikami a działalnością opieki zdrowotnej nie są prawdziwe.

(3) Ważną płaszczyzną rozpatrywania czynników kształtujących podaż usług medycznych jest ich analiza prowadzona na poziomie instytucji opieki zdrowotnej. Dla potrzeb tej analizy adoptuje się najczęściej różne postacie funkcji Cobb–Douglasa a samą analizę czynników decydujących o podaży sprowadza się wyłącznie do szpitala jako podstawowej instytucji opieki zdrowotnej, najlepiej przy tym odpowiadającego potrzebom tej analizy[75]. Jako czynniki decydujące o podaży usług szpitala traktuje się w szczególności liczbę łóżek szpitalnych (według oddziałowej struktury szpitala), sprzęt i aparaturę medyczną różnie wycenianą, wartość zużywanych leków i preparatów leczniczych, liczbę lekarzy, liczbę pielęgniarek i ewentualnie inne jeszcze czynniki o bardziej już marginesowym znaczeniu. Zasadniczym problemem a zarazem główną konkluzją wypływającą z tych analiz jest niewielka substytucyjność czynników świadczących usługi szpitalne.

Bywają jednakże stosowane i inne metody identyfikacji czynników decydujących o podaży usług szpitalnych, które mają bardziej tradycyjny charakter i sprowadzają się do ustalenia zdol-

[74] K. Szwenberg, *Aktualne problemy ekonomiczne ochrony zdrowia*, Zdrowie Publiczne 1978, s. 669–761; J. A. Indulski, M.Matulewicz, *Tendencje rozwojowe systemu ochrony zdrowia*, cz. I. *Finansowanie*, Zdrowie Publiczne 1982 nr 1–2, s. 1–8; cz.II *Baza materialna*, Zdrowie Publiczne 1982 nr 3, s. 61–70; cz. III. *Zasoby pracy*, s. 117–125; cz. IV. *Proste ekstrapolacje i proporcje rozwojowe*, s. 173–181; J. Chechliński, *Polityka finansowa państwa w dziedzinie świadczeń społecznych w latach 1970–1985*, w pracy zbiorowej pod red. J. Chechlińskiego, *Finansowanie świadczeń społecznych. Problemy i metody*, PWE Warszawa 1989, s. 38 nast.

[75] W Polsce taką analizę czynników produkcji wybranych szpitali ogólnych przeprowadził w 1971 roku M. Nieduszyński. Wyniki tych badań zaprezentowane zostały w pracy: *Analiza jednostkowych kosztów szpitali (optymalizacja działalności szpitali)*, Studia Finansowe 1974 nr 17, s. 108–147; Za klasyczną pracę w tym zakresie uważa się: M. S. Feldstein,*Economic Analysis for Health Service Efficiency*, North Holland Publishing Co, Amsterdam 1967.

ności usługowej szpitala i stopnia wykorzystania tej zdolności przy pomocy wyliczenia zespołu wskaźników, z których ważniejsze to: wskaźnik struktury łóżek szpitalnych, wskaźnik średniej długości pobytu chorego w szpitalu, wskaźnik tzw. obłożenia łóżek szpitalnych, wskaźnik tzw. przelotowości itp.[76] Niezmiernie rzadko podejmowane są próby identyfikacji czynników decydujących o podaży usług medycznych świadczonych przez ambulatoryjne instytucje opieki zdrowotnej. Wydaje się, że w tych zwłaszcza instytucjach opieki zdrowotnej pojawia się szczególna rola czynnika ludzkiego oraz czynnika organizacji.

We wszystkich instytucjach opieki zdrowotnej czynnikiem decydującym o podaży świadczonych przez te instytucje usług są warunki zaopatrzeniowe, a zwłaszcza zaopatrzenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz zaopatrzenia w leki.

(4) Inną płaszczyznę rozpatrywania omówionych wyżej czynników kształtowania rozmiarów, struktury i standardu działalności usługowej opieki zdrowotnej jest odnoszenie ich do rozmaitych poziomów opieki zdrowotnej (a więc do podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania, podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu pracy i w miejscu nauki, specjalistycznej opieki zdrowotnej, wąskospecjalistycznej opieki zdrowotnej itp.). Przy ograniczonych zasobach decydujących o zdolnościach usługowych poszczególne poziomy sprawowania opieki zdrowotnej „konkurują" między sobą o udział w tych zasobach. Dodatkowym czynnikiem kształtowania podaży usług opieki zdrowotnej staje się więc repartycja zasobów pracy i zasobów materialnych między poszczególnymi poziomami sprawowania opieki zdrowotnej oraz między poszczególnymi przedmiotowo wyodrębnianymi działami opieki zdrowotnej.

W różnych systemach opieki zdrowotnej metody tej repartycji są różne. Wspólne jest w zasadzie jedno a mianowicie to, że we wszystkich systemach opieki zdrowotnej deklaratywnie preferuje się w tej repartycji podstawową opiekę zdrowotną i we wszystkich systemach realne ukształtowanie się zasobów jest niezgodne z tymi deklaracjami, przy czym różnią się one stopniem tej niezgodności. W praktyce występuje tendencja do koncentracji zasobów kwalifikowanych kadr medycznych i innych pracowników opieki zdrowotnej w specjalistycznych i wąsko specjalistycznych działach opieki zdrowotnej a więc niezgodne ze składanymi deklaracjami. Tendencja ta odnosi się w co najmniej w takim samym stopniu do sprzętu oraz aparatury medycznej. Rozmiary, struktura asortymentowa i standard usług opieki zdrowotnej zależą od rozdziału zasobów pracy i zasobów materialnych między rodzaje opieki zdrowotnej, co powoduje szczególne niedostosowanie działalności podstawowej opieki zdrowotnej do zapotrzebowania na tę opiekę. Dylematy, jakie przy tym rozdziale powstają mają w dużym stopniu także i charakter ekonomiczny.

2.5. Zasady podziału usług opieki zdrowotnej pomiędzy użytkowników i problem racjonalizacji racjonowania jako metody tego podziału

(1) Podział opieki zdrowotnej pomiędzy użytkowników odbywać się może przy wykorzystaniu trzech zasadniczo odmiennych zasad tego podziału tj. z użyciem mechanizmu rynkowego; z zastosowaniem racjonowania odnoszonego do poszczególnych użytkowników opieki zdrowotnej (podział dezyderatywny); z zastosowaniem racjonowania odnoszącego się do całego społeczeństwa (spożycie zbiorowe). Zarówno rynkowy mechanizm podziału usług opieki zdrowotnej jak i mechanizmy racjonowania (tak na zasadzie podziału dezyderatywnego jak i na zasadzie spożycia zbiorowego) występować mogą w różnych wariantach a poza tym możliwe jest łączenie pewnych elementów wszystkich wymienionych tu zasad podziału usług opieki zdrowotnej. Wymaga to w dalszym ciągu bliższego wyjaśnienia. W pierwszej kolejności rozpatrzę rynkowy mechanizm podziału usług opieki zdrowotnej, który – jak się wydaje – może znajdować jedynie marginesowe w praktyce zastosowanie a nawet można mieć wątpliwości czy

[76] J. Indulski, J. Leowski, *Podstawy medycyny społecznej, wyd. cyt.*, s. 352–352; R. Jachowicz, *Zarys technologii współczesnego szpitala, wyd. cyt.*, s. 156 i nast.

znajdujący wobec opieki zdrowotnej zastosowanie mechanizm rynkowy jest mechanizmem rynkowym w ścisłym znaczeniu.

Konsumpcja usług opieki zdrowotnej jest wyznaczana przy rynkowym podziale tych usług przez warunki popytu i podaży. Rynkowy mechanizm podziału usług opieki zdrowotnej polega, mówiąc najogólniej, na świadczeniu odpowiednich usług przez instytucje opieki zdrowtnej z wykorzystaniem ceny kształtowanej zgodnie z warunkami popytu i podaży na specyficznym rynku usług opieki zdrowotnej, zasadniczo z zachowaniem preferencji konsumenta na tym rynku. Podaż usług opieki zdrowotnej mimo całej swej specyfiki omówionej w poprzednim punkcie dostosowuje się w zasadzie do popytu, który z kolei określany jest zasadniczo przez dochody, poziom i relacje cen, i to nie tylko cen usług opieki zdrowotnej ale i wszystkich innych dóbr i usług przez preferencje konsumenta[77], a także warunki stosowane w prywatnych ubezpieczeniach chorobowych.

Indywidualny popyt na usługi opieki zdrowotnej charakteryzuje się tym, że nie jest równomierny w czasie i w przestrzeni (jak np. popyt na żywność czy odzież) ale nieregularny i trudny do przewidzenia[78].

Jednym z głównych założeń, na jakich opiera się mechanizm rynkowy jest założenie racjonalności postępowania konsumenta. Na rynku usług opieki zdrowotnej założenie to traci jednak znaczenie, i to nie tylko ze względu na to, że konsument postępuje na tym rynku emocjonalnie, zwłaszcza gdy jego zdrowie lub życie jest zagrożone[79], lecz także ze względu na występującą na rynku usług opieki zdrowotnej, lukę informacyjną u konsumenta usług opieki zdrowotnej, wyrażającą się w tym, że konsument jest w stanie osądzić dopiero po skorzystaniu z usług opieki zdrwotnej czy ilość i jakość tych usług była właściwa[80]. Na ograniczenie racjonalności postępowania konsumenta usług opieki zdrowotnej musi mieć wpływ również to, że jego popyt może być zaspokajany nawet w warunkach mechanizmu rynkowego wyłącznie w zalegalizowanych instytucjach opieki zdrowotnej, z równoczesnym prawnym zagwarantowaniem wyłączności do świadczenia usług opieki zdrowotnej zatrudnionym w tych instytucjach specjalistom, z równoczesnym pozostawieniem tym specjalistom zasadniczo swobody w technologii leczenia.

Niektórzy autorzy uważają, że przedstawienie wspólnego mechanizmu rynkowego podziału usług opieki zdrowotnej pomiędzy ich użytkowników, nie jest możliwe. Zróżnicowanie opieki zdrowotnej powoduje bowiem daleko idące zróżnicowanie rynkowego mechanizmu usług opieki zdrowotnej. Należy więc wydzielić typy usług opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem odrębności pozycji producenta i konsumenta w rynkowym mechanizmie podziału usług każdego z wydzielanych typów tych usług[81].

Wyróżnia się następujące grupy usług opieki zdrowotnej:

1)Usługi opieki zdrowotnej stosunkowo często wytwarzane przez typowego producenta, które są nabywane stosunkowo często przez większość gospodarstw domowych;

2) Usługi opieki zdrowotnej wytwarzane stosunkowo często, przez typowego producenta, z których jednak typowy konsument może skorzystać rzadko lub nawet tylko raz w życiu;

3) Usługi opieki zdrowotnej, które są wytwarzane przez typowego producenta stosunkowo rzadko, z których typowy konsument korzysta równie stosunkowo rzadko.

Mechanizm rynkowy w tradycyjnym jego rozumieniu można odnieść najłatwiej do pierwszej grupy usług opieki zdrowotnej. W odniesieniu do usług opieki zdrowotnej drugiej grupy można mówić jedynie o ograniczonym wyborze rynkowym, natomiast w przypadku

---

[77] Specyfikę czynników kształtujących popyt na usługi opieki zdrowotnej na przykładzie rynku amerykańskiego, gdzie zakres stosowania mechanizmu rynkowego jest najszerszy, omawia: H. B. Klermen, *The Economics of Health*, Columbia University Press, New York and London 1965, s. 20–41.

[78] K. Arrow, *Uncertainty and the Walfare Economics of Medical Cara*, American Economic Review, December 1963, s. 948.

[79] A. S. Detsky, *The Economic Foundations of National Health Policy*, Ballinger Publishing Campany, Cambridge Massachusetts, 1978, s. 36.

[80] *Tamże*, s. 35.

[81] M. V. Pauly, *Is Medical Care Different?* w:*Issues in Health Economics*, An Aspen Publication Rockville, Maryland, London 1982, s. 4 i nast.

trzeciej grupy usług opieki zdrowotnej nie mamy w ogóle do czynienia z wyborem rynkowym.

Mechanizm rynkowego podziału usług opieki zdrowotnej jest w szerszym lub węższym zakresie poddany regulacyjnemu oddziaływaniu państwa, między innymi ze względu na ekspansję kosztów poszczególnego rodzaju usług, jakie wywołuje. Zasadniczy problem, jaki tu się pojawia, dotyczy zakresu tego oddziaływania oraz wyboru stosowanych w tym zakresie metod i instrumentów regulacyjnego oddziaływania.

(2) Mechanizm racjonowania usług opieki zdrowotnej odnoszony do poszczególnych użytkowników opieki zdrowotnej (podział dezyderatywny) przybierać może jedną z następujących form[82]:

- racjonowanie według potrzeb,
- racjonowanie według zasady sprawiedliwości,
- racjonowanie opierane na popycie rynkowym, z wykorzystaniem systemu cen,
- racjonowanie według kolejności zgłoszenia i czasu wyczekiwania,
- racjonowania według nagłości przypadku.

Racjonowanie rozpatrywane jest niekiedy także, zarówno w odniesieniu do opieki zdrowotnej, jak i do wielu innych dziedzin sfery usług społecznych, jako globalne racjonowanie usług opieki zdrowotnej odnoszone do całego społeczeństwa w ramach tzw. spożycia zbiorowego, z czym wiąże się wydzielenie w podziale dochodu narodowego funduszu czy nawet – jak chcą niektórzy – funduszów spożycia społecznego. Praktyczne zastosowanie mechanizmu racjonowania usług opieki zdrowotnej odnoszonego do całego społeczeństwa umożliwia użytkownikom usług opieki zdrowotnej swobodny wybór tych usług ale w ramach ściśle ograniczonych globalnym ich racjonowaniem. Zarówno termin „spożycie zbiorowe", jak i termin społeczny fundusz (czy fundusze) spożycia, wywołuje jednak liczne kontrowersje i jest używany przez nieomal każdego z posługujących się nim autorów w nieco innym znaczeniu[83]. Skłoniło to Główny Urząd Statystyczny do opracowania ujednoliconej terminologii z tego zakresu, przynajmniej dla potrzeb gromadzenia i prezentowania danych statystycznych. Zgodnie z tą terminologią spożycie zbiorowe wyraża wielkości globalnego podziału dochodu narodowego. Wprowadzona przez GUS terminologia[84] już się upowszechniła, jakkolwiek nie jest – jak się wydaje – dostosowana do aktualnego rozwoju i funkcjonowania tych dziedzin działalności, których dotyczy.

Używanie pojęcia „spożycie zbiorowe" dla oznaczenia zasad podziału odnoszącego się do poszczególnych konsumentów usług opieki zdrowotnej, jakkolwiek dość rozpowszechnione w literaturze nie wydaje się w pełni właściwe. Bardziej już przydatny byłby tu termin „podział dezyderatywny" upowszechniany przez M. Pohorillego[85]. Podział na zasadach spożycia zbiorowego oznacza podział na zasadach równości i powszechności, ale według określanego centralnie wzorca zapotrzebowania na usługi opieki zdrowotnej.

Stosowanie spożycia zbiorowego jako powszechnej w praktyce społeczno–gospodarczej metody podziału usług opieki zdrowotnej skłania do przywiązania szczególnej uwagi do rejonizacji w korzystaniu z tej opieki i do równomiernego rozmieszczenia infrastruktury społecznej, co ma zapewnić równą dostępność opieki zdrowotnej. Przy tej metodzie podziału usługi opieki zdrowotnej świadczone są na ogół nieodpłatne, co nadaje tym usługom charakter świadczeń społecznych w naturze. Nieodpłatne świadczenie usług opieki zdrowotnej uzasadnione jest obawą aby ewentualna odpłatność za opiekę zdrowotną nie stwarzała bariery

---

[82] M. H. Cooper, *Rationing Health Care*, Croom Helm, New York, London 1975; A. J. Culyer, *National Health Service*, *wyd cyt.*, s. 83–105. W nieco podobny sposób rozpatruje problematykę racjonowania jako metodę rozdziału dóbr i usług między gospodarstwa domowe w socjalizmie J. Kornai w swojej słynnej pracy: *Niedobór w gospodarce*, PWE Warszawa 1985, s. 543–582 (powołuje się przy tym na jedną z wcześniejszych aniżeli powołana wyżej praca M. M. Coopera o racjonowaniu opieki zdrowotnej).

[83] M. Pohorille, *Spożycie zbiorowe i świadczenia społeczne*, PWE Warszawa 1975.

[84] K. Michnikowska, *Fundusz świadczeń społecznych na rzecz ludności. Problemy metodologii badań*, GUS Warszawa 1973.

[85] M. Pohorille, *Podział dezyderatywny a egalitaryzm*, w zbiorze prac tego autora: *Potrzeby. Podział. Konsumpcja.* PWE Warszawa 1985, s. 146–162 (pierwsza wersja tego artykułu ukazała się w Ekonomiście 1978 nr 5).

dochodowej, uniemożliwiającej niektórym gorzej materialnie ustytuowanym grupom ludności, korzystanie z opieki zdrowotnej. Ewentualne stosowanie odpłatności indywidualnej za usługi nie naruszałoby reguł podziału na zasadach spożycia zbiorowego jeśli by nie stwarzało bariery dochodowej, w tym znaczeniu, że nie mogłoby stanowić o korzystaniu bądź rezygnacji z opieki zdrowotnej ze względu na wysokość pobieranych opłat[86]. Problematyka równości i powszechności w korzystaniu ze świadczeń społecznych może być rozpatrywana w wielu płaszczyznach[87] a na pewno byłoby nadmiernym uproszczeniem sprowadzanie jej do odpłatności czy bezpłatności opieki zdrowotnej.

Analiza danych statystycznych i przeprowadzone badania wykazują występowanie znacznych różnic w wyposażeniu poszczególnych regionów w infrastrukturę ochrony zdrowia[88]. Powoduje to krytyczny stosunek do spożycia zbiorowego jako metody podziału usług opieki zdrowotnej gdyż metoda ta nie realizuje właściwie w praktyce równości i powszechności uważanych za główne cechy spożycia zbiorowego jako metody podziału usług opieki zdrowotnej. Większe, ale i trudniejsze do ustalenia, zróżnicowanie regionalne występuje w wyposażeniu w sprzęt i aparaturę medyczną instytucji opieki zdrowotnej decydujących o zróżnicowaniu standardu opieki zdrowotnej co także ogranicza równość i powszechność w korzystaniu z usług opieki zdrowotnej. O ile jednak regionalne zróżnicowanie rozmieszczenia infrastruktury ochrony zdrowia i jej wyposażenia możliwe jest do w miarę precyzyjnego ustalenia, to zróżnicowanie społeczne w korzystaniu z opieki zdrowotnej jest bardzo trudne do określenia brak jest bowiem danych i badań na ten temat, zwłaszcza w Polsce. Można jedynie ogólnie powiedzieć, że zróżnicowanie takie występuje, przy czym głównymi kryteriami tego zróżnicowania są dochód i wykształcenie[89].

(3) Ze wszystkich tych ustaleń można by wyciągnąć wniosek, że opieranie podziału opieki zdrowotnej na zasadach spożycia zbiorowego jest mało racjonalne, jakkolwiek unika się dzięki zastosowaniu tej metody podziału drastycznych nierówności w korzystaniu z opieki zdrowotnej. Wniosek taki jest zresztą trudny zarówno do udowodnienia, jak i do podważenia, problematyka nierówności i równości w korzystaniu z opieki zdrowotnej jest bowiem bardzo złożona, co jest związane chociażby ze znacznym zróżnicowaniem narażenia na czynniki chorobotwórcze oraz z tym, że związane ze zdrowiem i chorobą zachowania ludności są także znacznie zróżnicowane[90].

Można się spotkać zpoglądem, że podział na zasadach spożycia zbiorowego nie eliminuje nierówności innego rodzaju niż takie, jakie byłyby ewentualnie wywołanie przez barierę dochodową. Chodzi mianowicie o nierówności wywołane przez takie czynniki jak czas niezbędny do uzyskania porady, co jest związane z odległością do miejsca świadczenia opieki zdrowotnej, zachowanie się pracowników medycznych nieodpłatnie świadczących usługi opieki zdrowotnej i koszt psychiczny związany z pokonaniem barier przed skorzystaniem z opieki zdrowtnej, wywołany tym zachowaniem itp.[91].

---

[86] J. Piasny, *Świadczenia społeczne w zakresie ochrony zdrowia*, w: *Problemy świadczeń społecznych na rzecz rodzin w Polsce i wybranych krajach socjalistycznych w latach 1975–1984*, ZN AE w Poznaniu, seria I zeszyt 145, Poznań 1987, s. 9, 29.

[87] Z. Morecka, *Społeczne aspekty gospodarowania*, PWE Warszawa 1981 s. 21–66.

[88] L.Frąckiewicz, *Sfery niedostatku*, IW ZZ Warszawa 1983, s. 50 i nast.; J. Kroszel, *Rozmieszczenie infrastruktury społecznej. Wybrane problemy*, PWN Wrocław–Warszawa–Kraków 1982; K. Tymowska, *Infrastruktura systemu opieki zdrowotnej i społecznej – tendencje dotychczasowego rozwoju, stan obecny, szacunek potrzeb*, w: *Perspektywy zdrowotne Polski. Polska 2000*, PAN Komitet Prognozowania Rozwoju Kraju „Polska 2000" 2/1987 Warszawa 1987.

[89] Problemu zapewnienia równości i powszechności w korzystaniu z opieki zdrowotnej nie udało się osiągnąć także w systemie publicznej służby zdrowia w Wielkiej Brytanii, mimo że było to głównym celem tego systemu od momentu powstania. A. Maynard, A. Ludbrock, *Inequality, the National Health Service and Health Policy*, Journal of Public Policy, Vol. 2, May 1982 s. 97–115.

[90] M. Sokołowska, *Granice medycyny*, Wiedza Powszechna Warszawa 1980, s. 217–231; M. Sokołowska, *Socjologia medycyny, wyd. cyt.*, s. 153–195.

[91] J. Indulski, M. Matulewicz, *Pieniężne i niepieniężne bariery równości społecznej w ochronie zdrowia*, cz. I: *Kilka obserwacji empirycznych*, Zdrowie Publiczne 1986 nr 4 s. 161.

Opieranie podziału opieki zdrowotnej o zasady spożycia zbiorowego ma na celu racjonalizację racjonowania usług opieki zdrowotnej. Nieodpłatność świadczonych usług będąca cechą charakterystyczną tej metody ich podziału ma słabe strony, wywołując między innymi skłonność systemu opieki zdrowotnej do ograniczenia ilości i jakości tej opieki, co zostaje jeszcze wzmocnione przez zasady wynagradzania pracowników zatrudnionych w opiece zdrowotnej. Trudno empirycznie udowodnić na ile ta skłonność jest jednakowo silna wobec usług opieki zdrowotnej świadczonych wszystkim pacjentom a na ile zróżnicowana, chociażby według ststusu społecznego pacjentów (dość powszechna jest na przykład niechęć do udzielania opieki zdrowotnej pacjentom w starszym wieku i rozpowszechniony w związku tym pogląd o nadmiernym korzystaniu przez tę kategorię pacjentów z opieki zdrowotnej często ze względów psycho–społecznych). Wydaje się jednak, że najwięcej problemów powoduje ograniczoność opieki zdrowotnej, niezbędna ze względu na występujące z natury rzeczy ograniczone zasoby, jakimi system opieki zdrowotnej może w danym czasie dysponować.

Określenie wzorców spożycia usług opieki zdrowotnej jest bardzo trudne i nie zostało jak dotąd ani w praktyce ani w teorii rozwiązane a pewnym jedynie przybliżeniem do rozwiązania tego problemu są propozycje określenia „standardów opieki zdrowotnej" czy „koszyków usług opieki zdrowotnej". Trudności te wynikają z konieczności harmonizacji celów społecznych wyrażających się – najogólniej mówiąc – w postulacie zapewnienia każdemu opieki zdrowotnej na najwyższym poziomie przy danym stanie wiedzy i techniki medycznej, z celami medycznymi związanymi z zachowaniem dobra pacjenta i swobodę w postępowaniu lekarskim oraz z celami ekonomicznymi związanmi z racjonalnym użyciem zasobów.

Dotychczasowe próby podejmowane w zakresie opracowania takich wzorców korzystania z opieki zdrowotnej w zakresie poszczególnych dziedzin opieki zdrowotnej trudno uznać za zakończone powodzeniem. Opieka zdrowotna różni się tu, ze względu na wyjątkowe zindidualizowanie potrzeb, od innych działów sfery usług społecznych, np. oświaty, czy w mniejszym stopniu także kultury, gdzie opracowanie odpowiednich wzorców jest stosunkowo proste (np. względnie łatwo jest ustalić zakres elementarnego kształcenia poprzez ustalenie ilości lat nauki w szkołach podstawowych i zawartość programów nauczania dla tych szkół). Opracowanie takich wzorców dla opieki zdrowotnej jest bardziej skomplikowane ale wymaga jakiegoś rozwiązania o ile do zasad podziału dezyderatywnego miałoby się w opiece zdrowotnej przywiązywać rzeczywiste a nie jedynie postulatywne znaczenie.

Pewną propozycję rozwiązania problemu racjonowania opieki zdrowotnej stanowi indeks pilności potrzeb zdrowotnych opracowany przez A. J. Culyera, który warto tutaj przedstawić[82], jakkolwiek przydatność tej propozycji jest w naszych warunkach ograniczona. Według A. J. Culyera opieka zdrowotna powinna być świadczona według kolejności określonej wartością indeksu, wyznaczonego przez odpowiednio wyskalowane (określone ilościowo) czynniki: 1) dotychczasowy czas oczekiwania na opiekę zdrowotną; 2) stopień utraty zdrowia przez pacjenta; 3) status zdrowia pacjenta; 4) społeczna produktywność pacjenta i stopień jego ekonomicznego uzależnienia od państwowej opieki zdrowotnej; 5) inne czynniki socjalne. Do rozwiązania, o którm mowa, przyjmuje się – mówiąc upraszczająco - tym wyższą wartość im dłuższy jest okres dotychczasowego wyczekiwania na opiekę zdrowotną, im wyższy jest stopień utraty zdrowia przez pacjenta, im mniej jest on skłonny do korzystania z opieki zdrowotnej według jego statusu zdrowia (jaką wartość ma zdrowie w jego indywidualnej skali wartości), im bardziej jest on skazany na korzystanie z państwowej opieki zdrowotnej ze względu na swą „społeczną produktywność" (najwyższą wartość uzyskują pacjenci utrzymujący swoje rodziny wyłącznie ze świadczeń społecznych), im większe byłyby w przyszłości społeczne skutki nieudzielenia opieki zdrowotnej obecnie (np. małe dzieci są preferowane przez wysoką wartość wag przyjmowanych dla nich w omawianym indeksie).

Problem racjonowania opieki zdrowotnej i kryteriów tego racjonowania nie jest w naszej literaturze tak jasno stawiany, jak w literaturze angielskiej, przede wszystkim ze względu na zdecydowaną dominację a nawet wyłączność państwowej opieki zdrowotnej (dotyczy to zwłaszcza

[82] A. J. Cylyer, *Need and the National Health Service Economics and Social Choice*, *wyd. cyt.*, s. 105–111.

szpitalnictwa i wąskospecjalistycznej opieki zdrowotnej), ograniczającą czy wręcz wykluczającą możliwość zaspokojenia potrzeb zdrowotnych w inny sposób niż poprzez skorzystanie z państwowej opieki zdrowotnej. Odmowa udzielenia opieki zdrowotnej wtedy gdy z medycznego punktu widzenia jest ona niezbędna nie jest w tym przypadku przynajmniej w zasadzie, możliwa. Powoduje to, przy ograniczonych zasobach, że opieka ta jest często na niskim poziomie i niekiedy ma jedynie formalny charakter.

Aktualnie pewne znaczenie przywiązuje się do usprawnienia racjonowania poprzez zastosowanie w jego ramach odpłatności, co wymaga bliższego przedstawienia, tym bardziej, że łączenie odpłatności z racjonowaniem ciągle budzi kontrowersje.

(4) Problem odpłatności usług opieki zdrowotnej należy do szczególnie kontrowersyjnych i drażliwych w tych systemach racjonowania, w których używa się opłat dla racjonalizacji reglamentacji.[93] Usługi medyczne są tradycyjnie świadczone na ogół nieodpłatnie bądź tylko częściowo odpłatne. W niektórych dziedzinach dopuszcza się co prawda pełną odpłatność tych usług, stwarzając jednak przy tym ich odbiorcy możliwość wyboru między usługami świadczonymi nieodpłatnie lub także częściowo odpłatnie oraz usługami w pełni odpłatnymi, odznaczającymi się łatwiejszą dostępnością, wyższym standardem itp. (np. między usługami dentystycznymi, świadczonymi nieodpłatnie przez państwowe instytucje opieki zdrowotnej oraz odpłatnie w spółdzielniach lekarskich, a także w prywatnych gabinetach dentystycznych). Warto więc rozważyć argumenty przemawiające za odpłatnym i nieodpłatnym świadczeniem usług medycznych, w warunkach racjonowania opieki zdrowotnej.

Zasadniczym argumentem za nieodpłatnym świadczeniem usług opieki zdrowotnej jest chęć zapewnienia powszechnej dostępności tych usług, wynikającej z dążenia do egalitaryzmu w zaspokojeniu podstawowych potrzeb zdrowotnych ludności, leżącego u podstaw polityki społecznej państwa. Ten tradycyjny argument ma nadal znaczenie gdyż ciągle jest silna obawa przed tym, aby bariera dochodowa nie mogła uniemożliwić pewnym kategorią ludności zaspokojenie swych potrzeb w tym zakresie. Argument ten umacniają trudności w praktycznej realizacji zasady podziału wg ilości i jakości pracy oraz pogłębiające się a nie uzasadnione wymogami tej zasady dysproporcje w płacach (np. między zatrudnionymi w sferze produkcji materialnej i niematerialnej, między zatrudnionymi w wielkich zakładach, położonych w dużych aglomeracjach, i zatrudnionymi w małych zakładach, o wyższej nawet efektywności, ale położonymi w mniejszych miejscowościach itp.). Rosnąca rola rynku pracy w kształtowaniu płac nie osłabia – jak się wydaje – wagi tego argumentu. Traci to na znaczeniu przy różnicowaniu opłat za te usługi w zależności od sytuacji materialnej ich nabywców, ale zmniejsza przydatność opłat jako instrumentu odbiurokratyzowania racjonowania.

Innego rodzaju motywem nieodpłatności usług opieki zdrowotnej jest nierównomierny rozkład w czasie niektórych z podstawowych potrzeb zdrowotnych ludności, przy znacznej często niewspółmierności kosztu ich świadczenia z dochodami nawet dobrze usytuowanych materialnie grup ludności. Przemawia to za nieodpłatnością usług opieki zdrowotnej lub za zastosowaniem ubezpieczeniowej metody ich finansowania, która przesuwa ciężar odpłatności na budżet lub fundusz ubezpieczeń.

Do słabych stron nieodpłatnego świadczenia usług opieki zdrowotnej można jednak zaliczyć nieograniczony w takim razie wzrost zapotrzebowania na te usługi, przy ograniczonych z natury rzeczy środkach ich finansowania, co zmusza do ich racjonowania, przy czym nie łatwo zastosować w praktyce takie kryteria podziału, które byłyby zgodne z celami i priorytetami polityki społecznej (co pomija się na ogół w dyskusjach na ten temat). Racjonowanie to nie zawsze zapewnia zgodne z tymi kryteriami zaspokojenie potrzeb. Nieograniczone zapotrzebowanie na usługi opieki zdrowotnej, występujące przy ich nieodpłatności, powoduje przy tym znaczne w praktyce trudności w zapewnieniu odpowiedniego standardu tych usług

[93] J. Sobiech, J. Wierzbicki, *Problemy terenowego kierowania zaspokojeniem potrzeb socjalnych i kulturalnych ludności*, w: *Studia ekonomiczno-finansowe w działalności socjalno-kulturalnej* (2), ZN AE, seria I, eszyt 167 Poznań 1987; J. Sobiech, *Finansowanie i odpłatność usług społecznych*, Polityka Społeczna 1985 nr 3.

i zarazem powszechnej ich dostępności. Utrzymywanie nieodpłatnego świadczenia usług doprowadza z czasem na ogół do obniżenia standardu świadczonych usług a nawet zagraża powszechnej ich dostępności.

Nie negując potrzeby zachowania w dość szerokim nawet zakresie nieodpłatności usług opieki zdrowotnej nie można – jak się wydaje – lekceważyć obserwacji socjologicznych i opinii tych, którzy twierdzą że szerokie jej zastosowanie odegrało już swoją rolę w utrwalaniu świadomości społecznej i w hierarchii wartości potrzeb wyższego rzędu, takich właśnie jak zdrowie, zaspokajanych przy pomocy tych usług[94]. Wprowadzając odpłatność niektórych usług opieki zdrowotnej podniosłoby się ich rangę w świadomości społecznej, gdyż to co otrzymuje się za darmo, jest na ogół niedoceniane. Zwraca się również uwagę na to, że przy odpłatności usług ulega często zwiększeniu zaangażowanie odbiorców usług w sam proces ich świadczenia, poprawiając jego efektywność społeczną (podaje się tu często jako przykład zależność efektów profilaktyki i higieny zdrowotnej od zaangażowania całej ludności wobec profilaktyki i higieny zdrowotnej).

Odpłatność usług opieki zdrowotnej mogłaby umożliwić jej wykorzystywanie, w pewnych warunkach, jako instrumentu regulującego strukturę spożycia określonych usług poprzez poszczególnych ich użytkowników[95]. Opłaty takie mogłyby więc stać się, niełatwym wprawdzie, a więc wymagającym pewnego kunsztu w zastosowaniu, ale ważnym instrumentem polityki społecznej w tym zakresie. Możliwość różnicowania wysokości opłat – zarówno w zależności od tego, kto jest nabywcą usług, jak i od tego, jaką przypisuje się wagę odnośnym usługom – czyni te opłaty instrumentem bardziej elastycznego regulowania konsumpcją usług opieki zdrowotnej w porównaniu ze sztywnym na ogół jego racjonowaniem wyłącznie w trybie administracyjnym. Nie chodzi na ogół o to, aby móc odstąpić dzięki odpłatności usług od regulowania ich spożycia metodami administracyjnymi, lecz o równoczesne zastosowanie obu tych metod.

Mniejsze nieco wątpliwości budzi pobieranie opłat za usługi o wyższym, niż powszechnie dostępny, standardzie, oraz za usługi o luksusowym charakterze (chociaż mogą pojawić się trudności jednoznacznego zdefiniowania „luksusu"), tym bardziej, że pobieranie tego rodzaju opłat umożliwiałoby, jak się niekiedy uważa, rozszerzenie zakresu i podniesienie standardu usług o podstawowym charakterze, który jest przy ich nieodpłatności na ogół nie wystarczający a to poprzez zwiększenie funduszęw na opiekę zdrowotną z dochodów pochodzących z opłat.

Zwraca się przy tym często uwagę na to, że wiele spośród usług opieki zdrowotnej ma tylko pozornie charakter nieodpłatny a w rzeczywistości wymagają one ponoszenia pewnych wydatków przez użytkowników tych usług, bez których stawałyby się one niedostępne. Dotyczy to przede wszystkim uzależnienia możliwości korzystania z niektórych usług od uprzedniego odpłatnego nabycia pewnych dóbr na rynku (np. lekarstw). W analogiczny sposób można by traktować korzystanie z usług świadczonych zasadniczo nieodpłatnie, a faktycznie opłacanych (w przypadku tzw. „czarnej" praktyki lekarskiej lub po prostu obdarowywania lekarzy za usługi świadczone w ramach społecznej służby zdrowia). Odnosi się to oczywiście nie tylko do usług opieki zdrowotnej, lecz także do innych usług społecznych; w opiece zdrowotnej występuje to jednak chyba w najszerszym zakresie i jest szczególnie szkodliwe. Można przyjąć, że rozwojowi tego swoistego drugiego obiegu w sferze opieki zdrowotnej mogłaby w dużej mierze przeciwdziałać legalna odpłatność świadczonych w tym zakresie usług. Nie można tego zagadnienia nie dostrzegać (w każdym razie zaś nie powinno być ono niedostrzegane w polityce społecznej państwa).

Poważnym argumentem za odpłatnym świadczeniem usług opieki zdrowotnej może być wreszcie dążenie do poprawy racjonalności procesu świadczenia tych usług przez instytucje usługowe, związane z tzw. ekonomizacją tych instytucji. Wprowadzenie opłat za usługi opieki zdrowotnej umożliwiałoby i przyspieszałoby przekształcenie instytucji opieki zdrowotnej

---

[94] S. Golinowski, *Odpłatność za usługi społeczne (warianty rozwiązań)*, Finanse 1982 nr 7.

[95] J. Piwosz, *Ekonomiczne wyodrębnienie opłat za usługi socjalno-kulturalne*, w: *Studia ekonomiczno-finansowe z działalności socjalno-kulturalnej (2)*, wyd. cyt., s. 33–72; K. Sochacka-Krysiak, *Elastyczność systemu finansowego działalności socjalno-kulturalnej*, w: *Problemy finansowania działalności niematerialnej*, PWE Warszawa 1979, s. 120 i nast.

działających w warunkach racjonowania opieki zdrowotnej, z instytucji finansowanych „podmiotowo" z budżetu lub innych funduszów, w instytucje finansowane „przedmiotowo", a więc w sposób upodobniony do finansowania z wpływów ze sprzedaży usług – bez względu na to czy źródłem tego finansowania są dochody ludności czy fundusze społeczne – z równoczesnym wprowadzeniem przez to oddziaływania stymulującego racjonalne i efektywne funkcjonowanie instytucji opieki zdrowotnej, a zwłaszcza wzrost jakości i wydajności pracy w tych instytucjach przez silniejsze zaangażowanie ich pracowników w procesie świadczenia usług itp.

Dla racjonalizacji działalności instytucji usługowych nie zawsze byłoby potrzebne wprowadzenie odpłatności ponoszonej przez indywidualnych nabywców usług opieki zdrowotnej często wystarczałoby wprowadzenie tzw. odpłatności zbiorowej, która polega – mówiąc najogólniej – na zakupie tych usług z funduszów społecznych (a więc z budżetów lokalnych, funduszów ubezpieczeniowych) z następnym rozdziałem tych usług między ich użytkowników. Występuje to w dotychczasowej praktyce najszerzej w ramach zakładowej działalności socjalno-bytowej[96]. Ze względu na swoje tradycje zasługuje wreszcie tu na szczególną uwagę zakup usług opieki zdrowtnej z funduszów ubezpieczeń społecznych (chorobowych), z czym mamy w bardzo niewielkim zakresie w praktyce do czynienia (np. leczenia sanatoryjnego)[97].

3. Społeczne i ustrojowe przesłanki regulacyjnego oddziaływania państwa na opiekę zdrowotną

3.1. Pojęcie systemu kierowania opieką zdrowotną i sposoby rozumienia jego skuteczności

(1) Termin „system kierowania", jakkolwiek rozpowszechniony w literaturze, nie jest jednolicie rozumiany. W najszerszym ujęciu, zaproponowanym przez P. Sulmickiego, a takie chciałbym zaadoptować do rozpatrywanej tutaj problematyki kierowania instytucjami opieki zdrowotnej, na system kierowania składa się planowanie, sterowanie, zasilanie i organizowanie[98].

Planowanie, stanowiące – według tego autora – najważniejszy element scentralizowanego systemu kierowania, polega na podejmowaniu decyzji inwestycyjnych powiększających już istniejące zasoby produkcyjne i na podejmowaniu decyzji bieżących o wykorzystaniu tych zasobów[99]. Decyzje planistyczne adresowane są przy tym indywidualnie do poszczególnych podmiotów gospodarujących, co odróżnia je od decyzji sterujących nie adresowanych indywidualnie, lecz mających cechę ogólności[100].

Celem sterowania jest – mówiąc najogólniej – pobudzenie podmiotów gospodarujących do działania, a typowe normy sterujące, to ceny, stawki płac itp. Sterowania nie można jednak – zdaniem P. Sulmickiego – odnosić do systemu kierowania sferą nieprodukcyjną[101], a więc i do systemu kierowania opieką zdrowotną. Sterowanie można odnosić tylko do jednostek odznaczających się znaczniejszym stopniem autonomii, stąd też nie ma w zasadzie możliwości sterowania działalnością państwowych instytucji opieki zdrowotnej. Wynika to z trudności, na jakie ciągle jeszcze napotyka ocena efektywności jednostek sfery nieprodukcyjnej oraz w większym jeszcze stopniu z braku właściwego autonomicznego podmiotu prowadzącego działalność usługową w sferze opieki zdrowotnej. Problematyka oceny efektywności instytucji opieki zdrowotnej jest ważnym ale jak dotychczas nie zakończonym większymi sukcesami przedmiotem badań ekonomiki zdrowia[102].

[96] Chociaż ograniczone zostaje przez włączenie zakładowej opieki zdrowotnej w ramy państwowej służby zdrowia.

[97] Coraz częściej postuluje się rozszerzenie tego systemu finansowania opieki zdrowotnej, widząc w tym nadzieję na poprawę jej standardu.

[98] P. Sulmicki, *Planowanie i zarządzanie gospodarcze*, wyd. III PWE Warszawa 1978. [99] P. Sulmicki, *tamże*, s. 161.

[100] *Tamże*, s. 239.

[101] *Tamże*, s. 88.

[102] M. S. Feldstein, *Ekonomic Analysis for Health Service Efficiency*,Amsterdam 1967; A. L. Cochrane, *Skuteczność i sprawność – uwagi na temat służby zdrowia*, PZWL Warszawa 1974; A. Williams and R. Anderson, *Efficiency in the Social Services*, Basil Blackwell and Martin Robertson, London 1975.

Dopóki problem pomiaru efektywności działalności instytucji opieki zdrowotnej nie zostanie w zadawalający sposób rozwiązany, to instytucją tym nie będzie można nadać większej samodzielności.

Zasilenie polega – mówiąc najogólniej – na ustalaniu wielkości środków finansowych, jakie zostają przeznaczone na pokrycie kosztów danego rodzaju działalności oraz na organizacji i regulowaniu dopływu środków pieniężnych do poszczególnych jednostek wykonawczych (podstawowych). Z kolei organizowanie polega na ustalaniu podmiotowych struktur organizacyjnych (a zwłaszcza ich wielocentrowości i wieloszczeblowości), w jakich odbywa się określonego rodzaju działalność gospodarcza.

Wykorzystując przedstawione tu podejście P. Sulmickiego, w systemie kierowania instytucjami opieki zdrowotnej wyróżnić można jedynie: planowanie, zasilanie i organizowanie. Natomiast sterowanie mogłoby się odnosić jedynie do organów administracji samorządowej, jako organów autonomicznie (w węższej lub szerszej mierze) kierujących podporządkowanymi im organizycyjnie instytucjami opieki zdrowotnej.

Najbardziej rozpowszechnione w polskiej literaturze ekonomicznej jest jednak inne rozumienie systemu kierowania, ograniczające kierowanie do planowania i zarządzania. Planowanie oznacza w ujęciu szkoły wakarowskiej proces budowy planów społeczno-gospodarczych, a zarządzanie oznacza po prostu realizację tych planów[103]. Ten sposób rozumienia systemu kierowania jest mało przydatny, ze względu na trudności precyzyjnego rozróżnienia tak podejmowanego planowania i zarządzania, gdyż planowanie jest procesem o charakterze ciągłym, odpowiada ono jednak dość dobrze potrzebom analizy występującego po 1948 r. systemu scentralizowanego kierowania, w tym również kierowania instytucjami państwowej opieki zdrowotnej, w którym to systemie proces planowania skoncentrowany był głównie w organach centralnych i terenowych, a proces zarządzania – na styku tych organów z instytucjami opieki zdrowotnej, a także w tych instytucjach, które integrowały większą ilość placówek opieki zdrowotnej (jak zespoły opieki zdrowotnej).

W omawianym tu ujęciu systemu kierowania wyróżnia się dwa jego aspekty, tj. aspekt instrumentalny planowania i zarządzania oraz aspekt podmiotowy planowania i zarządzania[104]. Rozróżnienie to okazuje się bardzo przydatne dla potrzeb bliższej analizy systemu kierowania opieką zdrowotną. Rozpatrując system kierowania w aspekcie instrumentalnym określa się narzędzia i procedury, przy pomocy których buduje się plany odnoszące się do przyszłych działań gospodarczych, oraz narzędzia i procedury wywołujące realne działania gospodarcze ustalone uprzednio planem. Przy rozpatrywaniu systemu kierowania w ujęciu podmiotowym koncentruje się uwagę na strukturach organizacyjnych oraz na uprawnieniach (traktowanych jako możliwości i obowiązki) w zakresie konstruowania i stosowania odpowiednich narzędzi i procedur planowania i zarządzania oraz w zakresie podejmowania decyzji w sprawach działań realnych.

(2) Bliższa analiza systemu kierowania instytucjami opieki zdrowotnej nie może ograniczać się rzecz jasna do jego opisu, lecz powinna także zawierać próbę oceny skuteczności analizowanego systemu. System kierowania, rozpatrywany w aspekcie instrumentalnym, można – jak już o tym była mowa – uznać za skuteczny wtedy, gdy składające się na ten system narzędzia i procedury tworzą zbiór cechujący się wewnętrzną logiką i spójnością oraz charakteryzujący się adekwatnością, tj. odpowiadający specyfice tej dziedziny działalności, do której się on odnosi[105]. W dalszej części pracy stopień dostosowania systemu kierowania opieką zdrowotną do przedmiotowej specyfiki tej opieki jako działalności usługowej będę traktować jako warunek skuteczności mechanizmu kierowania opieką zdrowotną.

[103] Ten sposób podejścia do systemu kierowania charakterystyczny jest dla tzw. szkoły wakarowskiej. Najnowsze poglądy reprezentantów tej szkoły na ten temat przedstawiają S. Nowacki, *Mechanizm funkcjonowania gospodarki socjalistycznej*, PWN Warszawa 1980; oraz S. Dulski, *System podmiotowy gospodarki. Centralizacja. Decentralizacja?*, PWE Warszawa 1986.

[104] S. Nowacki, *Mechanizm funkcjonowania...*, *wyd. cyt.*, s. 30 i nast.

[105] Tamże, s. 30–31; oraz S. Nowacki, *Wewnętrznie zgodny mechanizm funkcjonowania gospodarki narodowej* – w pracy zbiorowej pod red. S. Dulskiego, *Studia nad wewnętrznie zgodnym mechanizmem funkcjonowania gospodarki socjalistycznej*, PWE Warszawa 1982, s. 21 i nast.

Warunek ten jest w systemie rozpatrywanym w aspekcie podmiotowym spełniony, gdy system ten zapewnia zintegrowanie decyzyjne organów kierujących opieką zdrowotną w warunkach jego wieloszczeblowości i wielocentrowości[106]. W miarę możliwości będę starał się uwzględnić również to kryterium oceny skuteczności systemu kierowania opieką zdrowotną. Nie stanowi ono jednak głównego przedmiotu mego zaintresowania. Ważnym kryterium skuteczności systemu kierowania rozpatrywanego w ujęciu instrumentalnym jest również jego skodyfikowanie w system (zespół) wzajemnie niesprzecznych norm prawnych.*

Wydaje się, że warunek skuteczności może być odnoszony wyłącznie do całego systemu kierowania instytucjami opieki zdrowotnej, a nie do jakiegoś fragmentu tego sytemu, rozpatrywanego w ujęciu instrumentalno–regulacyjnym, a w żadnym razie nie można mówić o skuteczności poszczególnych, wybranych do odcinkowej analizy, instrumentów systemu kierowania, w tym także instrumentów finansowych. W związku z tym powstaje cały szereg trudności metodologicznych, odnoszących się do analizy systemu kierowania instytucjami opieki zdrowotnej, które w dalszym ciągu trzeba będzie pokonać.

Z przeprowadzonych dotąd rozważań wynika, że termin skuteczność łatwiej jest odnieść do systemu kierowania opieką zdrowotną rozpatrywanego w ujęciu instrumentalnym aniżeli do systemu kierowania opieką zdrowotną rozpatrywanego w ujęciu podmiotowo–organizacyjnym. Rozstrzygnięcia wymaga jak można by ewentualnie rozumieć skuteczność systemu kierowania opieką zdrowotną widzianego właściwie od strony podmiotowo–organizacyjnej. Problem ten z pewnym uproszczeniem można sprowadzić do poszukiwania takich struktur organizacyjnych, które z kolei można by uznać za co najmniej stwarzające warunki do prowadzenia na odpowiednim poziomie działalności w zakresie opieki zdrowotnej. Nie jest to łatwe zagadnienie. Wydaje się, że dużo łatwiej jest wskazać na struktury organizacyjno–instytucjonalne jako przyczyny nieskuteczności kierowania aniżeli w sensie pozytywnym znaleźć kryteria umożliwiające wybór – spośród wielu możliwych – właśnie struktur organizacyjno–instytucjonalnych pozwalających na skuteczne kierowanie[107].

Próby znalezienia kryteriów skuteczności systemu kierowania opieką zdrowotną w ujęciu podmiotowo–organizacyjnym prowadzą do wniosku, że trudno w tym zakresie wyjść poza ogólne postulaty, z których najważniejsze to: 1) dążenie do uproszczenia struktur organizacyjnych a zwłaszcza dążenie do ograniczenia liczby ogniw w hierarchicznym układzie powiązań decyzyjnych, 2) dążenie do zapewnienia kompetencji przedmiotowej poszczególnych ogniw tak układu kierującego, jak i układu kierowanego, 3) dążenie w miarę możliwości do jednoosobowego kierownictwa i jednoosobowej odpowiedzialności oraz zapewnienie tożsamości zakresu kompetencji kierowniczych i zakresu odpowiedzialności za podejmowane decyzje, 4) dążeniedo zapewnienia odpowiednich kompetencji kwalifikacyjnych osobom zatrudnionym w podmiotach składających się na układ kierujący, 5) dążenie do zapewnienia szerokiej i autentycznej kontroli społecznej we wszystkich podmiotach składających się tak na układ kierujący, jak i na układ kierowany.

Dążenie do uproszczenia struktur organizacyjnych opieki zdrowotnej a zwłaszcza dążenie do ograniczenia liczby ogniw w hierarchicznym układzie powiązań jest stosunkowo łatwe do objaśnienia w odniesieniu do scentralizowanych systemów kierowania opieką zdrowotną. W systemach tych zmierza się do jednolitości rozwiązań w zakresie struktur podmiotowo–organizacyjnych starając się zwłaszcza wyraźnie oddzielić układ kierujący od układu kierowanego oraz możliwie uprościć strukturę samego układu kierującego. Skrajnie rzecz ujmując wyodrębnia się organy kierujące na szczeblu centralnym oraz jednostki podstawowe tj. instytucje usługowe na szczeblu wykonawczym. To skrajne ujęcie czyni zadość omawianemu tu postulatowi skuteczności w ujęciu podmiotowo–organizacyjnym rozpatrywanemu w sposób wyizolowany ale równocześnie jest bardzo trudne do praktycznej realizacji a to z tego względu,

[106] S. Nowacki, *Mechanizm funkcjonowania gospodarki socjalistycznej*, wyd. cyt., s. 31.

* N. Gaje, *Instrumenty finansowe w zarządzaniu gospodarką narodową*, wyd. II PWE Warszawa 1988, s. 41 i nast.

[107] Problem skuteczności systemu kierowania rozpatrywanego w ujęciu podmiotowym nie był podejmowany w polskiej literaturze ekonomicznej. Pewne uwagi na ten temat zawiera artrkuł: B. Prandecka, *Warunki skutecznego kierowania gospodarką*, w pracy zbiorowej poświęconej pamięci Profesora Pawła Sulmickiego, pod redakcją J. Sołdaczuka, *Kierowanie gospodarcze*, PWE Warszawa 1981, s. 144–160.

że nie możliwe okazuje się w praktyce zupełne pozbawienie jednostek podstawowych kompetencji i funkcji kierowniczych zwłaszcza w tak dualistycznym systemie kierowania.

Postulat zapewnienia kompetencji przedmiotowej poszczególnych ogniw tak układu kierującego, jak i układu kierowanego nie jest łatwy do spełnienia w systemie kierowania opieką zdrowotną a to z tego powodu, że trudno jest w opiece zdrowotnej oddzielić kompetencje przedmiotowe w zakresie alokacji zasobów od kompetencji przedmiotowych w zakresie ich wykorzystania, przy równocześnie występującej tendencji do takiego właśnie ich oddzielenia na wzór sytuacji jaka w tym zakresie występuje w sferze produkcji materialnej. Wydaje się, że rozpatrywany tu postulat kompetencji przedmiotowej można by w systemie kierowania opieką zdrowotną widzieć jeszcze inaczej, a mianowicie odpowiednio do przedmiotowego zróżnicowania opieki zdrowotnej, co właściwie wyklucza jednolite dla całej opieki zdrowotnej struktury podmiotowo—organizacyjne jako zapowiadające skuteczne kierowanie tą opieką a więc niejako stoi w sprzeczności z pierwszym z omawianych przeze mnie postulatów.

Potrzeba doprowadzenia w miarę możliwości do jednoosobowego kierownictwa i jednoosobowej odpowiedzialności oraz zapewnienia tożsamości zakresu kompetencji kierowniczych i zakresu odpowiedzialności za podejmowane decyzje jest w opiece zdrowotnej tak oczywistym postulatem, że merytorycznie nie budzi wątpliwości, co jednak nie oznacza automatycznej realizacji tego postulatu w rozmaitych systemach kierowania.

Problematyka zapewnienia odpowiednich kompetencji kwalifikacyjnych osobom zatrudnionym w podmiotach składających się na układ kierujący łączy się w opiece zdrowotnej z rolą medycznego czynnika profesjonalnego oraz rolą kwalifikacji niezbędnych w zakresie podejmowania decyzji odnoszących się do alokacji zasobów i w zakresie podejmowai decyzji o wykorzystywaniu tych zasobów. Konflikt między wyróżnionymi tu typami kwalifikacji jest — jak się wydaje — nieunikniony w każdym systemie kierowania opieką zdrowotną, przy równocześnie występującej tendencji do przewagi medycznego czynnika profesjonalnego. Im większą rangę przywiązuje się do ekonomicznej efektywności wykorzystywania zasobów w opiece zdrowotnej tym mniejsza jest rola medycznego czynnika profesjonalnego w ogniwach układu kierującego. Całkowite wyeliminowanie medycznego czynnika profesjonalnego z układu kierującego opieką zdrowotną nie jest możliwe ale równocześnie nie wydaje się możliwe całkowite opanowanie układu kierowanego przez osoby o wyłącznie medycznym typie kwalifikacji. Spełnienie bądź nie spełnienie tego postulatu ma dość kluczowe znaczenie dla skuteczności systemu kierowania opieką zdrowotną rozpatrywanego w ujęciu podmiotowo—organizacyjnym.

Zapewnienie szerokiej i autentycznej kontroli społecznej we wszystkich podmiotach składających się tak na układ kierujący, jak i na układ kierowany ma w opiece zdrowotnej znaczenie zwłaszcza ze względu na charakter zaspokajanych potrzeb. Postulat ten ma tym większe znaczenie im bardziej scentralizowany jest system kierowania opieką zdrowotną ale równocześnie tym trudniejszy jest właśnie do spełnienia im bardziej scentralizowany jest system kierowania opieką zdrowotną.

(3)Przystępując do analizy kierowania instytucjami opieki zdrowotnej z zastosowaniem przytoczonej wyżej aparatury pojęciowej oraz sformułowanych kryteriów skuteczności, trzeba stwierdzić, że system ten w całym okresie po 1948 r. był w Polsce wypadkową systemu kierowania działalnością socjalną państwa oraz systemu kierowania gospodarką terenową, a to ze względu na fakt, że opieka zdrowotna była ważnym przedmiotowym działem gospodarki terenowej. Trzeba przy tym od razu stwierdzić, że zarówno system kierowania działalnością socjalną, jak i, chociaż już w mniejszym stopniu, system kierowania gospodarką terenową nie był przedmiotem zainteresowania badawczego w takim stopniu, jak kierowanie gospodarką w sferze produkcji.

System kierowania instytucjami opieki zdrowotnej odznaczał się z reguły znacznym stopniem scentralizowania, o różnym tylko nasileniu stopnia tego scentralizowania. Charakterystyczną cechą tego systemu była poza tym zawsze znacząca rola zakładów pracy w opiece zdrowotnej nad ludnością (pracownikami i ich rodzinami), co nie doprowadzało jednak nigdy do nasilenia metod zdecentralizowanego kierowania opieką zdrowotną (w odróżnieniu od

niektórych innych działów zakładowej działalności socjalnej). Było to – jak się wydaje – związane z wyjątkowo silnym powiązaniem zakładowej opieki zdrowotnej z administracją państwową (centralną i terenową).

Szczególna waga, jaką przywiązuje się do zaspokajania potrzeb zdrowotnych kolektywów pracowniczych, spowodowała powstanie i rozwój tzw. przemysłowej służby zdrowia oraz branżowych i gałęziowych służb zdrowia. Jakkolwiek opieka zdrowotna nad pracującymi była zawsze w przedsiębiorstwach i innych zakładach pracy częścią terenowej opieki zdrowotnej, to występowała równocześnie tendencja do ścisłego wiązania lecznictwa przemysłowego z resortami gospodarczymi i zakładami pracy (dotyczyło to szczególnie dużych przedsiębiorstw państwowych). Tendencja ta wywierała tym większy wpływ na system kierowania opieką zdrowotną, im większą rolę w ochronie zdrowia zajmowały przemysłowe, branżowe i gałęziowe służby zdrowia.

W literaturze można spotkać się z poglądem, że względnie duża rola przedsiębiorstw i innych zakładów pracy w kierowaniu opieką zdrowotną jako rodzajem działalności socjalnej, związana była ze sposobem rozumienia „zdrowia" w polityce społeczno-gospodarczej[108]. Otóż zdrowie traktowane było najczęściej jako czynnik, który odziaływuje korzystnie lub niekorzystnie na siłę roboczą oraz podlega określonym procesom technologicznym i ekonomicznym. Koncepcji zdrowia, jako czynnika wzrostu ekonomicznego, przeciwstawia się ujmowanie zdrowia, jako jednej z naczelnych wartości społecznych[109]. Przechodzeniu w praktyce społeczno-gospodarczej państwa od koncepcji zdrowia – jako czynnika wzrostu gospodarczego, do koncepcji zdrowia – jako naczelnej wartości społecznej, powinno towarzyszyć zmniejszenie roli resortów, przedsiębiorstw państwowych i innych organizacji gospodarczych w systemie kierowania ochroną zdrowia na rzecz władz lokalnych w tym zakresie. Wydaje się, że szczególna rola przedsiębiorstw i innych zakładów pracy w opiece zdrowotnej (a więc opieki zdrowtnej w miejscu pracy) związana była z prymatem produkcji w dotychczasowym rozwoju gospodarki, a także wynikała z niewystarczającego zaspokojenia potrzeb zdrowotnych w miejscu zamieszkania i przyjętego ustroju władz lokalnych.

System kierowania opieką zdrowotną przekształcał się jednak ewolucyjnie i nie bez zahamowań ze ściśle scentralizowanego w system mieszany, a więc odznaczający się pewnym nasileniem zdecentralizowanych metod kierowania. Odnosiło się to w zasadzie wyłącznie do organów wojewódzkich jako terenowych organów układu kierującego opieką zdrowotną i nigdy przy tym nie doprowadziło do liczącej się w praktyce decentralizacji organów wojewódzkich w systemie kierowania opieką zdrowotną. W zakresie opieki zdrowotnej, w której to działalności układ kierowany obejmuje głównie jednostki i zakłady budżetowe, nie jest możliwe w zasadzie doprowadzenie decentralizacji do szczebla jednostek podstawowych tej działalności, a więc bezpośrednio do instytucji opieki zdrowotnej. Po przemianach w organizacji opieki zdrowotnej z lat 1973–1975 ulegał zresztą ograniczeniu również stopień decentralizacji organów terenowych w kierowaniu tą działalnością, związany ze zwiększeniem kompetencji kierowniczych organów centralnych wobec instytucji opieki zdrowotnej (z pominięciem nawet czasem pośrednictwa organów terenowych). Odpowiadało to tworzeniu zgodnie z ówczesnymi tendencjami, dużych organizacji gospodarczych, co odnoszono także i do opieki zdrowotnej.

Rozpatrując system kierowania opieką zdrowotną warto niemniej stale pamiętać, że w działalności socjalnej państwa traktuje się ciągle jeszcze jako priorytetowe zabezpieczenie opieki zdrowotnej załogom pracowniczym. Stąd też rola przedsiębiorstw i innych zakładów pracy, jest w systemie kierowania opieką zdrowotną mimo wszystko znaczna. Dotyczy to szczególnie wielkich przedsiębiorstw państwowych w aglomeracjach miejskich.

(4) Aktualny system kierowania opieką zdrowotną jest w zasadzie systemem trójszczeblowym (szczebel centralny – szczebel wojewódzki – instytucje opieki zdrowtnej) i wielo centrowym (przy czym wielocentrowość w kierowaniu opieką zdrowotną występuje na wszystkich szczeblach

[108] M. Illner, *Struktura planowania społecznego a możliwości rozwiązania problemów społecznych*, w zbiorze: *Polityka społeczna a zdrowie*, KiW, Warszawa 1978, s. 24 i nast.

[109] Czyni się tak od dawna w filozofii i socjologii a w ostatnim czasie przenosi także do polityki i praktyki społecznej.

kierowania). Dominująca jest w tym systemie rola organów szczebla centralnego, co dodatkowo jeszcze zostaje wzmocnione bezpośrednim specjalistycznym nadzorem resortowym nad działalnością prowadzoną na szczeblu podstawowym, a to ze względu na szczególne – jak się twierdzi – specjalistyczny charakter opieki zdrowotnej.

Na szczeblu centralnym główną rolę w systemie kierowania opieką zdrowotną odgrywa Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Komisja Planowania przy Radzie Ministrów, przekształcona w CUP, oraz Ministerstwo Finansów. Do zadań Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej należy, zgodnie ze statutem, planowanie i zarządzanie całokształtem działalności profilaktycznej, leczniczej i rehabilitacyjnej, prowadzonej przez instytucje powszechnej służby zdrowia oraz międzyresortowa koordynacja całokształtu działalności prowadzonej w dziedzinie ochrony zdrowia w państwie.

Znaczenie centralnego organu planowania w kierowaniu opieką zdrowotną wynika z obejmowania zadań w zakresie ochrony zdrowia narodowymi planami społeczno-gospodarczymi oraz z faktu obejmowania centralnymi bilansami materiałowymi i bilansami zatrudnienia takich środków działalności w zakresie ochrony zdrowia, jak leki i inne środki farmaceutyczne, aparatura i sprzęt medyczny, kadry medyczne itp. Jedynym dotąd znaczącym, jak wiadomo, źródłem finansowania ochrony zdrowia jest budżet państwa, stąd też działalność w zakresie opieki zdrowotnej obejmowana jest w szerokim zakresie planowaniem budżetowym, a tym samym stosunkowo duża jest regulacyjna rola Ministerstwa Finansów w kierowaniu instytucjami opieki zdrowotnej.

Na szczeblu wojewódzkim instytucjami opieki zdrowotnej kierują wojewodowie, powierzający swe uprawnienia w tym zakresie dyrektorom wydziałów zdrowia i opieki społecznej urzędów wojewódzkich, którzy są zarazem naczelnymi lekarzami wojewódzkimi. Mimo tego, że Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej jest częścią urzędu podległego wojewodzie, to powiązanie wydziałów zdrowia i opieki społecznej z Ministerstwem Zdrowia jest nadal bardzo silne. Pewną rolę w kierowaniu opieką zdrowotną na szczeblu wojewódzkim odgrywa także wojewódzki organ planowania oraz Wydział Finansowy Urzędu Wojewódzkiego. Wynika to z obejmowania zadań terenowej opieki zdrowotnej i środków realizacji tych zadań terenowym planowaniem społeczno-gospodarczym i terenowym planowaniem budżetowym.

Instytucje opieki zdrowotnej (a zwłaszcza zespoły opieki zdrowotnej) stanowią szczebel wykonawczy w rozpatrywanym systemie kierowania opieką zdrowotną. Ze względu na złożoną wewnętrzną strukturę organizacyjną tych instytucji, integrujących większą ilość placówek opieki zdrowotnej, stanowią one zarazem swoistego rodzaju układ kierujący w stosunku do zgrupowanych jednostek (takich jak np. szpitale, ośrodki zdrowia, przychodnie itp.) stanowiących układ kierowany.

W warunkach wielocentrowości kierowania opieką zdrowotną zachodzi potrzeba skoordynowania decyzji wszelkich organów szczebla centralnego i terenowego oraz instytucji szczebla podstawowego (wykonawczego). Następuje to zwłaszcza w systemie planowania, odznaczającego się w praktyce bardzo wysokim stopniem centralizacji. Są to warunki, w których nie łatwo rozgraniczyć kompetencje planistyczne od kompetencji zarządzania, te same procedury i instrumenty odnoszą się bowiem zarówno do planowania, jak i do zarządzania opieką zdrowotną. Daleko idąca centralizacja kierowania powoduje jednak zarazem znaczną koncentrację uprawnień planistycznych na szczeblu centralnym, toteż procedury i instrumenty systemu kierowania opieką zdrowotną są wykorzystywane na szczeblu terenowym w dużo szerszym zakresie dla potrzeb zarządzania, aniżeli planowania, a na szczeblu podstawowym – w praktyce już wyłącznie dla potrzeb zarządzania.[110]

Trzeba to wszystko mieć na uwadze przy rozpatrywaniu systemu kierowania opieką zdrowotną w układzie instrumentalnym. Oceny skuteczności tych instrumentów najlepiej dokonać w ramach systemu planowania i systemu zasilania finansowego odpowiednich instytucji opieki zdrowotnej, przy obejmowaniu analizą zarówno instrumentów stosowanych

[110] J. Sobiech, *Terenowe planowanie ochrony zdrowia w Polsce i Czechosłowacji (studium porównawcze)*, w: *Planowanie i finansowanie działalności organów terenowych*, ZN AE, seria I, zeszyt 87, Poznań 1980, s. 143.

przez organy centralne wobec organów wojewódzkich, jak i instrumentów stosowanych przez organy wojewódzkie wobec instytucji opieki zdrowotnej a także instrumentów stosowanych przez organy centralne bezpośrednio wobec instytucji opieki zdrowotnej (z pominięciem organów wojewódzkich). Na tych samych instrumentach opiera się praktyce zarządzanie przez zespoły opieki zdrowotnej poszczególnymi, zintegrowanymi w tych zespołach placówkami opieki zdrowotnej.

Nakazowy charakter ogółu instrumentów kierowania opieką zdrowotną odnosi się nie tylko do instrumentów planistycznych lecz także do instrumentów zasilania finansowego, tym bardziej, że jedynym znaczącym źródłem zasilania finansowego instytucji opieki zdrowotnej jest budżet państwa a możliwymi do zastosowania metodami zasilania finansowego instytucji opieki zdrowotnej z budżetów terenowych są finansowanie podmiotowe i finansowanie przedmiotowe. Wszystko to powoduje poważne trudności rozgraniczenia instrumentów planistycznych i instrumentów zasilania finansowego. Często są to te same instrumenty w ujęciu rodzajowym.

W ujęciu rodzajowym jako instrumenty kierowania opieką zdrowotną rozpatrywać należy wskaźniki planowe i wskaźniki budżetowe, normy rzeczowe i normy zatrudnienia, normy budżetowe i limity wydatków budżetowych. Pewną rolę, jako instrumenty kierowania instytucjami opieki zdrowotnej, odgrywają także płace i ceny.

Jest oczywiście wysoce dyskusyjnym nazywanie wszystkich tych instrumentów – instrumentami finansowymi. Wydaje się jednak, że ujęcie rozszerzające jest w tym przypadku uzasadnione. Główny problem, jaki tu powstaje jest bowiem związany nie tyle ze strukturą rodzajową rozpatrywanych instrumentów, ale z koniecznością ich odrębnego – a tym samym przynajmniej dwukrotnego – rozpatrywania, tj. jako instrumentów planistycznych i jako instrumentów zasilania finansowego. Ocena skuteczności tych instrumentów będzie możliwa jednak dopiero łącznie, co ma tę wadę, że w zasadzie wymaga rozpatrywania tych instrumentów jako instrumentów bieżącego zarządzania, a bieżące zarządzanie z trudem poddaje się analizie systemowej.

3.2. Przesłanki obejmowania opieki zdrowotnej ogólnokrajowymi systemami kierowania

(1) Prowadzenie działalności w zakresie opieki zdrowotnej wchodzi w zakres społecznych zadań państwa, spełnianych w ramach jego funkcji nazywanej socjalną – w przypadku państw socjalistycznych, bądź opiekuńczą – w przypadku państw niesocjalistycznych[111]. Zaliczenie opieki zdrowotnej do zadań czy funkcji państwa nie oznacza potrzeby bezpośredniego zaangażowania się organów państwa w prowadzenie działalności usługowej z tego zakresu a jedynie konieczność zagwarantowania przez organy państwowe odpowiednich warunków do korzystania z opieki zdrowotnej wszystkim obywatelom, co znalazło chociażby wyraz w przyjętej przez Światową Organizację Zdrowia Strategii: Zdrowie dla wszystkich do roku 2000[112], traktowanej przez niektórych – co wydaje się wątpliwe – jako norma prawa międzynarodowego[113].

[111] Nie wszyscy teoretycy państwa i prawa wyodrębniają w ostatnich latach funkcję socjalną państwa, chociaż w przeszłości na ogół uznawano konieczność jej wyodrębnienia (por. np. S. Zawadzki, *Socjalna funkcja państwa w ustroju socjalistycznym*, w pracy zbiorowej pod red. J. Rosnera, *Polityka społeczna i służby społeczne w PRL*, PWE Warszawa 1972, s. 43–61). Obecnie upowszechnia się w Polsce w miejsce pojęcia funkcji socjalnej termin funkcja opiekuńcza i nawet prowadzona jest dyskusja o „nadopiekuńczości" państwa, z przejmowaniem argumentów używanych w analogicznych dyskusjach w niektórych krajach kapitalistycznych. W Instytucie Nauk Ekonomicznych PAN podjęto ostatnio badania nt. funkcji opiekuńczej państwa socjalistycznego – założenia i wstępne wyniki tych badań zawiera opracowanie pod red. B. Prandeckiej, *Funkcje opiekuńcze państwa socjalistycznego*, Studia Ekonomiczne nr 14 Instytut Nauk Ekonomicznych, PAN Ossolineum 1986.

[112] Odpowiedni program w skali światowej zawiera: *Global Strategy for All by the Year 2000*, WHO Geneva 1981. Odpowiedni program dla Europy zawiera: *Regional Strategy for Attaining Health for All The Year 2000*, Regional Office for Europe WHO Copenhagen 1982. Natomiast odpowiedniego programu dla Polski nie opublikowano dotychczas, jakkolwiek istnieje opracowanie – traktowane jako robocze – powołanej do opracowania takiego programu Rządowej Komisji. Opracowanie to nosi tytuł: *Cele i zadania polskiego programu „Zdrowie dla wszystkich do roku 2000"*, PZWL Warszawa 1985.

[113] C. Włodarczyk, *Strategia „Zdrowie dla wszystkich do raku 2000" jako program polityki społecznej*. Praca i Zabezpieczenie Społeczne 1987 nr 8, s. 18 i nast.; tenże, *O prakseologicznym dylemacie polityki ochrony zdrowia*, Polityka Społeczna 1987 nr 10, s. 1–4.

Przesłankami przemawiającymi za włączeniem ochrony zdrowia do zakresu zadań spełnionych przez państwo wobec społeczeństwa są względy humanitarne, społeczne i ekonomiczne. Względy humanitarne i społeczne związane są ze znaczeniem jakie w hierarchii wartości ma zdrowie i z chęcią stworzenia wszystkim warunków do możliwie długiego życia, przeżywanego bez poważniejszych chorób i dolegliwości obniżających sprawność fizyczną, intelektualną czy psychiczną. Przesłanki ekonomiczne wiążą się z jednej strony ze znaczeniem zdrowia dla sprawności czynnika ludzkiego w procesach gospodarowania a z drugiej strony z występowaniem na całym świecie ogromnej ekspansji kosztów opieki zdrowotnej, która powoduje, że ich ponoszenie z dochodów osobistych przekracza możliwości jednostek, wymagając różnych form interwencji państwa, zwłaszcza w ramach systemów ubezpieczeniowych.

(2) W państwach socjalistycznych, w związku z przyjęciem w nich koncepcji tzw. administracji świadczącej[114],organy państwa zajmują się bezpośrednio prowadzeniem działalności w zakresie opieki zdrowotnej obejmowanej administracją państwową. System ten – przynajmniej w swoich założeniach – cechuje: powszechność, jednolitość i kompleksowość, ciągłość, profilaktyczny charakter oraz planowość[115].

Powszechność oznacza objęcie opieką zdrowotną całej ludności, i to nie tylko w sensie formalnych uprawnień ale i rzeczywistych możliwości wykorzystania tych uprawnień[116]. Jednolitość i kompleksowość to postulaty o charakterze organizacyjnym, głoszące, że wszystkie poziomy opieki zdrowotnej i wszystkie instytucje opieki zdrowotnej powinny stanowić jednolitą całość organizacyjną i funkcjonalną, będącą pod jednolitym, centralnym kierownictwem. Ciągłość ochrony zdrowia rozumiana jest dwojako tj. jako objęcie opieką zdrowotną człowieka w ciągu całego jego życia (od opieki przedporodowej i pediatrycznej aż do opieki geriatrycznej) oraz jako występowanie całego zakresu działalności opieki zdrowotnej (od profilaktyki do opieki terminalnej). Profilaktyczny charakter opieki zdrowotnej oznacza preferowania zapobiegania przed leczeniem i rehabilitacją a planowość oznacza, że działalność w zakresie ochrony zdrowia powinna być celowa i prowadzona zgodnie z przyjętymi założeniami, przy zachowaniu określonych środków dla realizacji wyznaczonych na kolejne okresy planowe zadań.

Funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce odbiega od tych zasad a sam system – jak się powszechnie uważa – wymaga gruntowej i kompleksowej reformy. Warto się jednak w tym miejscu – niezależnie od kryzysu, jakim dotknięty jest system opieki zdrowotnej w Polsce – zastanowić, jakie ogólne przesłanki przemawiają za obejmowaniem opieki zdrowotnej ogólnokrajowymi systemami kierowania (z pominięciem w tym miejscu budowy i ewentualnej różnorodności tych systemów).

Obejmowanie opieki zdrowotnej ogólnokrajowymi systemami kierowania pozwala na realizację preferencji wynikających z polityki społecznej państwa, co przy stosunkowo niskim stopniu zaspokojenia potrzeb społecznych nabiera szczególnego znaczenia[117].
Preferencje te mogą być różnie formułowane i zmienne w czasie ale sprowadzają się w zasadzie do stworzenia na szczeblu centralnym wzorca spożycia usług opieki zdrowotnej, w zasadzie jednolitego dla całego kraju.

Ważną przesłankę przemawiającą za obejmowaniem opieki zdrowotnej ogólnokrajowymi systemami kierowania jest – jak się dość powszechnie uważa – szczególna fachowość (swoisty profesjonalizm), niezbędna przy organizowaniu i kierowaniu opieką zdrowotną. Profesjonalizm stanowi czynnik przemawiający za tworzeniem jednolitych ogólnokrajowych systemów kierowania opieką zdrowotną.

[114] T. Kuta, *Aspekty prawne działań administracji publicznej w organizowaniu usług*, Praca Wrocławskiego Towarzystwa Naukowego, seria A nr 132, Wrocław 1969.

[115] Zasady funkcjonowania takiego systemu najpełniej zostały przedstawione w pracy: R. Bures, *Wstęp do teorii ochrony zdrowia*, PZWL Warszawa 1962 i są na ogół powtarzane bez większych zmian w późniejszych pracach na temat organizacji ochrony zdrowia w państwach socjalistycznych. Doświadczenia z funkcjonowania systemów organizacyjnych ochrony zdrowia w ZSRR, BRL, WRL, NRD, PRL, CRS, i na Kubie zawarte są w pracy zbiorowej pod red. S. J. Czikina, *Socjalizm i ochrona zdrowia*, PZWL Warszawa 1978.

[116] R. Bures, *tamże*, s. 139 i nast.

[117] J. Sobiech, *Ogólnokrajowy system kierowania opieką zdrowotną a samorządność terytorialna*, w: *Finansowe podstawy rozwoju samorządności terytorialnej*, ZN AE w Poznaniu, seria I, zeszyt nr 130, Poznań 1985, s. 214 i nast.

Względy ekonomiczne także – zdaniem wielu – przemawiają za obejmowaniem opieki zdrowotnej ogólnokrajowymi systemami opieki zdrowotnej. Kierowanie opieką zdrowotną z zastosowaniem ogólnokrajowego systemu tego kierowania umożliwia lepsze wykorzystanie zasobów i uzyskanie wyższych efektów usługowych przy danych zasobach.

Dążenie do jednolitości w skali kraju w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych ludności stanowi doktrynalne założenie polityki społecznej, zwłaszcza w warunkach centralnie kierowanej gospodarki. Ewentualne zróżnicowanie stopnia zaspokojenia tych potrzeb według kryteriów regionalnych czy innych jest na ogół uważane za niewłaściwe.

Nie jest to na ogół kwestionowane, mimo że uzasadnione jest często przekonanie, znajdujące nawet potwierdzenie w aktach o charakterze prawno–ustrojowym, o potrzebie lokalnego i branżowego rozwijania systemów opieki zdrowotnej. Wiąże się to z dążeniem do reformy państwa i gospodarki, zrywającej z biurokratycznym centralizmem kierowania. Skłania to do bliższego rozpatrzenia także przesłanek przemawiających za obejmowaniem opieki zdrowotnej systemami terenowego (lokalnego) kierowania oraz przesłanki przemawiające za wyodrębnieniem tzw. przemysłowych i gałęziowych służb zdrowia (opieki zdrowotnej w miejscu pracy).

3.3. Przesłanki obejmowania opieki zdrowotnej działalnością władz terenowych

(1) Przesłankami przemawiającymi za obejmowaniem opieki zdrowotnej działalnością władz terenowych jest związek między zdrowiem a środowiskiem. Zarówno czynniki wpływające na zdrowie jak i czynniki wpływające na potrzeby zdrowotne mają charakter regionalny, co powoduje, że potrzeby zdrowotne także mają charakter miejscowy, a więc mogą być zróżnicowane przestrzennie.

Tak jak obejmowanie opieki zdrowotnej ogólnokrajowym systemem kierowania umożliwia realizację w tej opiece preferencji polityki społecznej państwa tak i obejmowanie opieki zdrowotnej działalnością władz terenowych umożliwia realizację preferencji lokalnych w opiece zdrowotnej. Uzależnione to jest jednak od rozwiązań prawno–ustrojowych, na jakich opiera się organizacja władz lokalnych czyli – jak się to niekiedy określa – od modelu władzy lokalnej[118]. Przyjęcie samorządowego modelu władz lokalnych skłania do dalej idącego dostosowania rozmiarów, struktury i standardu działalności usługowej w sferze opieki zdrowotnej do lokalnych potrzeb i preferencji, a także do możliwości ekonomicznych usamodzielnionych w tym modelu, również finansowo, władz lokalnych, doprowadzając do naruszenia zasady jednolitości usług opieki zdrowotnej na obszarze całego kraju.

Rozwijany był w Polsce po roku 1950 dualistyczny model władz lokalnych, który czynił z rad narodowych równocześnie: terenowe organy władzy państwowej i zarazem organy samorządu terytorialnego (chociaż początkowo unikano tego terminu – dla wyraźniejszego przeciwstawienia tego modelu od modelu, z którym zerwano w roku 1950), co nadawało samorządowi terenowemu dość specyficzny charakter i nawet pozbawiało go właściwego znaczenia[119].W tych warunkach modelowych włączenie opieki zdrowotnej do gospodarki terenowej (traktowanej jako jeden z działów gospodarki narodowej), z równoczesnym obejmowaniem opieki zdrowotnej na równi z innymi dziedzinami usług społecznych działalnością socjalną państwa, powoduje pojawienie się problemu niezbędnej koegzystencji systemów kierowania opieką zdrowotną w ramach gospodarki terenowej i w ramach działalności socjalnej państwa[120],a ściśle mówiąc koegzystencji polegającej na pośrednictwie organów terenowych w kierowaniu ze szcze-

---

[118] Praca zbiorowa pod red. M. Kuleszy, *Model władzy lokalnej w systemie reformy gospodarczej*, Uniwersytet Warszawski (maszynopis), zwłaszcza część 1, Warszawa 1982 oraz część 2, Warszawa 1983.

[119] J. Wierzbicki, *Problemy samorządności w reformie gospodarczej*, Ruch PEiS 1982 nr 1 s. 23 i nast.; J. Wierzbicki, *W sprawie organizacyjno–finansowego uwarunkowania samorządu terytorialnego w świetle nowego unormowania zasad funkcjonowania rad narodowych*, w: *Finansowe podstawy rozwoju samorządności terytorialnej*,wyd. cyt., s. 9 i nast.

[120] J. Sobiech, *Ogólnokrajowy system kierowania opieką zdrowotną a samorządność terytorialna*, w: *Finansowe podstawy rozwoju samorządności terytorialnej, wyd. cyt.*,s. 214 i nast.; H. Sochacka–Krysiak, M. Pietrewicz, *Gospodarka terenowa*, PWE Warszawa 1986.

bla centralnego podporządkowaną tym organą opieką zdrowotną. Problem ten jest rozpatrywany tradycyjnie w toku dyskusji o tzw. decentralizacji terenowej[121], co obecnie wydaje się już niewystarczające i to bez względu na to, jaki zakres decentralizacji terenowej skłonni bylibyśmy w istniejących warunkach prawno-ustrojowych państwa zaakceptować[122]. Wydaje się że ta koegzystencja systemów kierowania opieką zdrowotną w ramach gospodarki terenowej i w ramach polityki społecznej państwa jest w dualistycznym modelu władz lokalnych rozwiązaniem trwałym. Dostosowywanie rozmiarów struktury i standardu działalności opieki zdrowotnej do miejscowych warunków, możliwości, potrzeb i preferencji ma w tych warunkach zawsze charakter jedynie uzupełniający, znaczący jednak dla miejscowej ludności.

(2) Znaczenie obejmowania opieki zdrowotnej działalnością władz terenowych może być rozpatrywane w płaszczyźnie kompetencyjno-organizacyjnej, w płaszczyźnie planistycznej oraz w płaszczyźnie funkcjonalnej[123]. Rozważania prowadzone w płaszczyźnie organizacyjno-kompetencyjnej sprowadzają całe to niezmiernie skomplikowane zagadnienie do tzw. podziału zadań między rozmaite organy władzy i administracji państwowej czyli do określenia zasięgu opieki zdrowotnej obejmowanej gospodarką terenową szczebla podstawowego i szczebla wojewódzkiego. Rozważania prowadzone w płaszczyźnie planistycznej dotyczą z kolei wzajemnych powiązań między planami centralnymi (rzeczowymi i finansowymi) a planami terenowymi (rzeczowymi i finansowymi) w części dotyczącej opieki zdrowotnej. Rozważania prowadzone w płaszczyźnie funkcjonalnej dotyczą bieżącego kierowania instytucjami opieki zdrowotnej, głównie w ujęciu instrumentalnym.

Z dotychczas prowadzonych badań wynika, że obejmowanie opieki zdrowotnej gospodarką terenową nie miało w zasadzie, przynajmniej na szczeblu podstawowym, rzeczywistego znaczenia[124]. Prowadzone we wszystkich trzech ukazanych płaszczyznach badania dotyczące terenowej opieki zdrowotnej w Polsce i Czechosłowacji wykazały, że w obu tych krajach obejmowanie opieki zdrowotnej gospodarką terenową (na wszystkich szczeblach władz terenowych) miało pewne znaczenie w dostosowywaniu działalności opieki zdrowotnej do zróżnicowanych potrzeb miejscowych bez naruszenia kompetencji organów centralnych w tym zakresie, przy czym w Czechosłowacji rzeczywista rola władz terenowych w tym zakresie była większa[125]. Znaczenie obejmowania opieki zdrowotnej działalnością władz terenowych, uzyskuje zupełnie inny charakter w warunkach samorządowego modelu władz lokalnych.

W każdych jednak warunkach, nawet ziszczenia pełnej samorządności lokalnej, występować będzie problem koegzystencji ogólnokrajowego systemu kierowania opieką zdrowotną z systemami lokalnego kierowania tą opieką w ramach samorządów terenowych. Musi to być jednak koegzystencja zupełnie innego – od znanego z dotychczasowej praktyki – rodzaju. Wymagać to będzie bliższego w dalszych częściach pracy rozpatrzenia lokalnych systemów opieki zdrowotnej w warunkach przechodzenia do samorządowego modelu władzy lokalnej, z uwzględnieniem zwłaszcza szerokiego zakresu komunalnej własności urządzeń i instytucji opieki zdrowotnej, a także bliższego rozpatrzenia ewentualnych innych, poza lokalnymi, systemów opieki zdrowotnej, w tym zwłaszcza systemów zakładowych (tzw. przemysłowych i gałęziowych służb zdrowia, z uwzględnieniem warunków ekonomicznego i finansowego usamodzielnienia państwowych przedsiębiorstw).

---

[121] J. Harasimowicz, *Warunki rozwoju decentralizacji budżetowej*, Problemy Rad Narodowych 1971 nr 19, s. 133; J. Wierzbicki, *Budżety terenowe w Polsce Ludowej*, PWN Poznań 1967, s. 55 i nast.

[122] Problem decentralizacji terenowej w działalności socjalno-kulturalnej podejmuje zwłaszcza E. Denek, *Rola organów terenowych gmin oraz miast i gmin w działalności socjalno-kulturalnej po reformie z lat 1973–1975 (studium ekonomiczno-finansowe)*, ZN AE w Poznaniu, seria II, zeszyt 83, s. 27–33 oraz 45–51.

[123] J. Sobiech, *tamże*, s. 215 i nast.

[124] E. Denek, *tamże*, s. 110 i nast. oraz 229 i nast.

[125] J. Sobiech, *Terenowe planowanie ochrony zdrowia w Polsce i Czechosłowacji (studium porównawcze)*, w: *Planowanie i finansowanie działalności organów terenowych*, ZN AE w Poznaniu, seria I, zeszyt nr 87, Poznań 1980, s. 147–191.

3.4. Przesłanki wyodrębnienia i rozwoju tzw. przemysłowych i gałęziowych służb zdrowia (opieki zdrowotnej w miejscu pracy)

Podstawową przesłanką, jaka powoduje potrzebę wyodrębnienia i rozwoju tzw. przemysłowych i gałęziowych złużb zdrowia, jest waga jaką przywiązuje się do zaspokajania potrzeb zdrowotnych kolektywów pracowniczych oraz szczególny rodzaj zagrożenia zdrowia, jaki występuje w poszczególnych środowiskach pracy[126]. Wiąże się to ze sposobem rozumienia zdrowia i z traktowaniem zdrowia w polityce społeczno-gospodarczej[127].

Preferowanie opieki zdrowotnej w miejscu pracy i nadawanie znaczącej roli przedsiębiorstwom i nawet resortom gospodarczym w opiece zdrowotnej wynika przede wszystkim z traktowania zdrowia jako tzw. niematerialnego czynnika wzrostu gospodarczego, a więc rozpatrywania zdrowia z punktu widzenia jego korzystnego lub niekorzystnego oddziaływania na siłę roboczą. Natomiast traktowanie zdrowia jako naczelnej wartości społecznej, powoduje potrzebę bardziej kompleksowego podejścia do zdrowia człowieka, co sprzyja raczej preferowaniu opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania aniżeli preferowaniu opieki zdrowotnej w miejscu pracy[128].

Powstanie i rozwój tzw. przemysłowych, branżowych i gałęziowych służb zdrowia związane jest poza tym z niewątpliwym niedorozwojem i niską jakością opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania[129]. Wszystko to powoduje dążenie zakładów pracy do zapewnienia pracownikom łatwo dostępnej i będącej na stosunkowo wysokim poziomie (przynajmniej w porównaniu z opieką zdrowotną w miejscu zamieszkania) opieki zdrowotnej w miejscu pracy, w ramach własnej działalności socjalno bytowej tych zakładów. Duże znaczenie ma tu także fakt występowania chorób zawodowych, związanych z określonym miejscem czy środowiskiem pracy, a nawet także dążenie zakładów pracy do kontroli absencji chorobowej pracowników[130] Wskazuje się ponadto, że celem przemysłowych, branżowych i gałęziowych, służb zdrowia jest niedopuszczenie do tego, aby stan zdrowia pracowników określonych dziedzin przemysłu poszczególnych branż i gałęzi odbiegał od stanu zdrowia całego społeczeństwa[131] oraz aby korzystanie z opieki zdrowotnej powodowało możliwie niewielkie straty czasu ludności pracującej[132].

Ważnym i nawet formalnie rzecz biorąc głównym zadaniem przemysłowych, branżowych i gałęziowych służb zdrowia jest jednak odpowiednio ukierunkowana działalność profilaktyczna w zróżnicowanych środowiskach pracy oraz nadzór medyczny nad przebiegiem procesów technologicznych z punktu widzenia wpływu tych procesów na zdrowie zatrudnionych pracowników[133]. Pewną rolę w rozwoju przemysłowych oraz branżowych i gałęziowych służb zdrowia odgrywa także dążenie niektórych zakładów pracy do zapewnienia swoim pracownikom opieki zdrowotnej o wyższym standardzie i tym samym wykorzystywanie zakładowej działalności w zakresie opieki zdrowotnej dla przeciwdziałania płynności załóg pracowniczych lub także bodźcowego oddziaływania na pracowników w ramach zakładowych systemów motywacyjnych, co może budzić już większe wątpliwości.

Opieka zdrowotna w środowisku pracy może być, formalnie rzecz biorąc, bądź włączona w ogólnokrajowy system opieki zdrowotnej, bądź też jedynie z tym systemem w rozmaity sposób

---

[126] W. Dorczak, *Medyczne i ekonomiczne aspekty działalności opieki zdrowotnej w przemyśle*, Medycyna Pracy 1979 nr 4.

[127] Ciekawe rozważania na ten temat, o czym już wspominałem, przeprowadził: M. Jllner, *Struktura planowania społecznego a możliwości rozwiązania problemów społecznych*, w pracy zbiorowej pod red. M. Sokołowskiej i J. Hołówki, *Polityka społeczna a zdrowie*, KiW Warszawa 1978, s. 21–35.

[128] *Tamże*, s. 24 i nast.

[129] J. Sobiech, *Kierowanie terenową opieką zdrowotną w aktualnych warunkach funkcjonowania gospodarki terenowej*, w: *Wybrane problemy aktywizacji organów terenowych*, PTPN Poznań 1982, s. 55 i nast.

[130] P. Krasucki, J. Pignan-Otto, *Problemy optymalizacji struktur organizacyjnych przemysłowej służby zdrowia w dużej aglomeracji przemysłowej*, Zdrowia Publiczne 1982 nr 7–8, s. 341 i nast.

[131] J. Indulski, M. Góralczyk-Modzelewska, *Przemysłowa służba zdrowia w opinii robotników*, Instytut Medycyny Pracy, ZG PTHP Łódź 1984, s. 6.

[132] *Tamże*.

[133] J. Kamiński i inni, *Ochrona zdrowia pracowników przemysłowych*, PZWL Warszawa 1968.

powiązana. W Polsce przyjęta została zasada włączenia przemysłowych, branżowych i gałęziowych służb zdrowia w ogólnokrajowy system opieki zdrowotnej. Rzeczywiste struktury organizacyjne odstają jednak od struktur formalnych, co się przejawia zwłaszcza w znacznej odrębności kolejowej służby zdrowia, górniczej służby zdrowia, służby zdrowia dla pracowników budownictwa itp. Wszystkie instytucje opieki zdrowotnej w miejscu pracy, także i w innych, nie wymienionych działach gospodarki narodowej, charakteryzują się znacznym stopniem wyodrębnienia z ogólnokrajowego systemu opieki zdrowotnej.

Wyodrębnienie z ogólnokrajowego systemu opieki zdrowotnej tzw. przemysłowych i gałęziowych służb zdrowia doprowadza do większego lub mniejszego stopnia zdecentralizowania kierowania wyodrębnioną działalnością w zakresie opieki zdrowotnej a zwłaszcza do lepszego na ogół dostosowania tej działalności do potrzeb zdrowotnych pracowników aniżeli ludności w miejscu jej zamieszkania. To ostatnie zjawisko występuje wówczas gdy władze terenowe w mniejszym stopniu reprezentują potrzeby i aspiracje miejscowej ludności ze względu na słabość terenowych organów przedstawicielskich aniżeli kierownictwa przedsiębiorstw i innych zakładów pracy potrzeby i aspiracje pracowników ze względu na siłę presji wywieranej przez zespoły pracownicze na te kierownictwa. Przechodzenie do samorządowego modelu władz lokalnych oraz opieranie regulacji działalności przedsiębiorstw państwowych o zasady mechanizmu rynkowego a także zapoczątkowanie procesu prywatyzacji gospodarki oznacza osłabienie znaczenia wyodrębnienia tzw. przemysłowych i gałęziowych służb zdrowia z ogólnokrajowego systemu kierowania opieką zdrowotną. Równocześnie jednak pojawić się mogą tendencje do dalej nawet idącego wyodrębnienia opieki zdrowotnej dla pewnych wybranych grup ludności ze względu na specyfikę zatrudnienia (marynarze, kolejarze, górnicy itp.) i utrwaloną w świadomości, często nawet odległej, tradycję w tym zakresie. Problematyka ta wymagać będzie bliższego w dalszych częściach pracy rozpatrzenia.

BIBLIOTEKA AE W POZNANIU

Rozdział II

EKONOMICZNO-FINANSOWE MECHANIZMY REGULACYJNEGO ODDZIAŁYWANIA PAŃSTWA W SFERZE OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. Ekonomiczne uwarunkowania opieki zdrowotnej

1.1. Związki między rozwojem i funkcjonowaniem opieki zdrowotnej a poziomem rozwoju społeczno–gospodarczego kraju i polityką społeczno–gospodarczą państwa

(1) Opieka zdrowotna traktowana jako dział zabezpieczenia społecznego i jako dziedzina działalności usługowej państwa w sferze usług społecznych jest – przy całej swej przedmiotowej złożoności i niezależnie od swoich społeczno–ustrojowych uwarunkowań (a zwłaszcza przyjmowanych zasad podziału usług opieki zdrowotnej, granic regulacyjnego oddziaływania państwa w sferze opieki zdrowotnej, konstrukcji stosowanego systemu kierowania opieką zdrowotną itp.) – częścią gospodarki narodowej i, wywierając na tę gospodarkę wpływ, sama, podlega oddziaływaniu ze strony gospodarki narodowej. Rozmaitego rodzaju oddziaływania gospodarki narodowej na opiekę zdrowotną stanowią makroekonomiczne uwarunkowania rozwoju i funkcjonowania opieki zdrowotnej, które można usystematyzować jako uwarunkowania bilansowe, uwarunkowania strukturalne oraz uwarunkowania systemowe[1].

Uwarunkowania bilansowe w całości a uwarunkowania strukturalne w części stanowią o związkach opieki zdrowotnej z przebiegiem procesów realnych w całej gospodarce narodowej, natomiast uwarunkowania systemowe i częściowo uwarunkowania strukturalne stanowią o związkach opieki zdrowotnej z systemem regulacji w całej gospodarce narodowej.

Makroekonomiczne uwarunkowania bilansowe wyrażają się – mówiąc najogólniej – w związkach między rozwojem i funkcjonowaniem opieki zdrowotnej a dochodem narodowym i poziomem rozwoju społeczno–gospodarczego kraju, znajdujących wyraz w bilansach tworzenia i podziału produktu globalnego i dochodu narodowego oraz różnego rodzaju bilansach rzeczowych i finansowych. Związki te są wielokierunkowe i nie mogą być rozpatrywane wyłącznie jako funkcjonalne zależności między nakładami na ochronę zdrowia a wzrostem gospodarczym[2], wymagają konkretyzacji w ramach ilościowych proporcji tworzenia i podziału produktu społecznego i dochodu narodowego wyrażanych bądź w systemie bilansów rzeczowych i finansowych[3] bądź w systemach rachunkowości społecznej[4]. Nakłady na opiekę zdrowotną występują w bilansach siły roboczej (zatrúdnienia), w różnorodnych bilansach surowcowych i materiałowych, w bilansach rzeczowo–finansowych inwestycji, w bilansach wymiany handlowej z zagranicą, a także w bilansach finansowych, odzwierciedlających nie tylko proporcje ekonomiczne ale i stopień zrównoważenia gospodarki.

Skrajnie rzecz ujmując, w systemie centralnego planowania opieka zdrowotna dostosowuje się w skali makroekonomicznej do warunków o charakterze bilansowym, jakie wpływają

---

[1] Wykorzystuję tu podejście metodologiczne Z. Pirożyńskiego, jakie zastosował do rozpatrywania makroekonomicznych uwarunkowań gospodarki terenowej w pracy: *Makroekonomiczne uwarunkowania gospodarki terenowej i finansowe narzędzia ich realizacji*, w: pracy zbiorowej pod red. J. Wierzbickiego, *Finanse gospodarki terenowej*, PWE Warszawa 1989, s. 45–57.

[2] O tego typu badaniach informuje np. m. in. M. Nieduszyński, *Analiza społecznej i ekonomicznej efektywności usług zdrowia*. Studia Finansowe 1972 nr 13. Wydaje się, że ich nieporównywalnie duża w stosunku do innych badań ekonomicznych opieki zdrowotnej popularność i pewien rozgłos w polskiej literaturze ekonomicznej (dotyczy to zresztą także i oświaty) wynika z tego, że rezultaty tych badań uzasadniają wpływ na wzrost produktu społecznego uznawanych za nieprodukcyjne nakładów na ochronę zdrowia.

[3] Z. Pirożyński, *tamże*,s. 86 i nast.; M. Kucharski, *Bilanse syntetyczne gospodarki narodowej*, PWE Warszawa 1967.

[4] Z. Kowalczyk, *Rachunkowość społeczna*, PWE Warszawa 1974 oraz Z. Kowalczyk, *Strumienie finansowe w gospodarce kapitalistycznej*, PWN Warszawa 1978.

zarówno z proporcji tworzenia i podziału produktu społecznego i dochodu narodowego, jak i stopnia zrównoważenia gospodarki. W praktyce nie występują (czy też występują stosunkowo rzadko) sytuacje skrajne stąd też zapotrzebowanie opieki zdrowotnej wywiera pewien wpływ także na warunki bilansowe. Uwarunkowania bilansowe mają jednakże zawsze na celu takie rozdysponowanie zasobów przeznaczonych na opiekę zdrowotną (wśród innych alternatywnych zastosowań) aby zapewniona była równowaga rzeczowa i równowaga pieniężna.

(2) Dotychczasowy rozwój systemu opieki zdrowotnej w Polsce w zakresie makroekonomicznych uwarunkowań bilansowych pozwala na wyprowadzenie pewnych tendencji, które będą wymagały w toku dalszych badań weryfikacji[5]. Wśród tendencji występujących w Polsce należy wyróżnić względnie stabilny udział wydatków na ochronę zdrowia w dochodzie narodowym do końca lat 70–tych, a następnie pewne obniżenie się tego udziału i stagnację na tym niskim poziomie w latach 80–tych. W zakresie działalności inwestycyjnej zaobserwować można w tym samym okresie malejący udział nakładów inwestycyjnych na ochronę zdrowia w całości nakładów inwestycyjnych w gospodarce narodowej, przy braku związku między nakładami inwestycyjnymi w całej gospodarce narodowej a inwestycjami w ochronie zdrowia. Oznacza to relatywny spadek poziomu technicznego uzbrojenia pracy w całej opiece zdrowotnej oraz spadek udziału wartości majątku trwałego systemu opieki zdrowotnej w ogólnej wartości środków trwałych całej gospodarki narodowej.

Szczególny dynamizm w okresie powojennym wykazują kadry medyczne i paramedyczne. Charakterystyczne jest tu wyższe tempo przyrostu zatrudnienia w ochronie zdrowia aniżeli w całej gospodarce narodowej, w ostatnich latach wystąpiło jednakże malejące tempo przyrostu kadr lekarskich. Niekorzystne są trendy w zakresie opłacania kadr w opiece zdrowotnej, postępuje bowiem relatywny spadek przeciętnej płacy w ochronie zdrowia w stosunku do innych działów gospodarki. Dotyczy to wszystkich kategorii pracowników, chociaż najgłębszy spadek płac dotyczy lekarzy dentystów. W latach 80–tych nastąpiło drastyczne załamanie zaopatrzenia w leki całego systemu ochrony zdrowia, mimo utrzymującej się tendencji wzrostu wydatków budżetowych na leki (tzw. dopłat do leków dla uprawnionych). Można więc powiedzieć, że uwarunkowania bilansowe nie odgrywały w polityce opieki zdrowotnej właściwej im roli.

(3) Makroekonomiczne uwarunkowania strukturalne mogą być sprowadzone do konieczności uwzględniania w rozwoju i funkcjonowaniu opieki zdrowotnej założeń polityki społecznej i polityki gospodarczej państwa. Założenia te mogą być zmienne w czasie i mają w stosunku do rozwoju i funkcjonowania opieki zdrowotnej charakter zewnętrzny, w tym zwłaszcza znaczeniu, że priorytety w polityce społeczno gospodarczej państwa przyjmowane w zakresie ochrony zdrowia opierają się nie tylko o przesłanki wynikające z potrzeb samej opieki zdrowotnej ale i o inne przesłanki. Na przykład rozwijanie przede wszystkim podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu pracy (w ramach przemysłowych, branżowych i gałęziowych służb zdrowia) może oznaczać priorytetowe traktowanie z jakichś względów ochrony zdrowia w środowisku pracy, a rozwijanie przede wszystkim wąskospecjalistycznej opieki zdrowotnej (chociażby w formie rozmaitych centralnych instytucjach medycznych o charakterze ogólnokrajowym) może oznaczać uprzywilejowane traktowanie z jakichś względów określonego rodzaju klinicznych dziedzin medycyny. Omówione w tym miejscu uwarunkowania oznaczają kształtowanie nie tylko struktury, zwłaszcza rozwoju, ale i funkcjonowania opieki zdrowotnej w zależności od przyjmowanych tzw. celów społecznych w systemie gospodarczym, w poszczególnych okresach rozwoju tego systemu[6].

---

[5] J. A. Indulski, M. Matulewicz, *Tendencje rozwojowe systemu ochrony zdrowia w Polsce*, cz. I. *Finansowanie*, Zdrowie Publiczne 1982 nr 1–2, s. 2–8; cz. II. *Baza materialna*, Zdrowie Publiczne 1982 nr 3, s. 61–70; cz. III. *Zasady pracy*, Zdrowie Publiczne 1982 nr 4, s. 117–126; cz. IV. *Proste ekstrapolacje rozwojowe*, Zdrowie Publiczne 1982 nr 5–6, s. 173–183; J. Chechliński, *Polityka finansowa w dziedzinie odnowy zdrowia i opieki społecznej w latach 1970–1985*, ZN WSJ w Opolu, zeszyt nr 19, Opole 1988.

[6] J. Kaja, *Cele społeczne w systemie gospodarczym*, SGPiS Monografie i Opracowania nr 162, Warszawa 1984, s. 23 i nast.

Rozpoznanie makroekonomicznych uwarunkowań strukturalnych nie jest łatwe, wymaga bowiem analizy założeń polityki społecznej i polityki gospodarczej w zakresie opieki zdrowotnej w poszczególnych okresach planowych a następnie odpowiednich analiz zmian tych założeń w trakcie okresów planowych oraz osiągniętych rezultatów. Celem tych badań powinna być ocena wpływu, jaki wywierają cele i założenia polityki społeczno–gospodarczej państwa na rozwój i funkcjonowanie opieki zdrowotnej, a więc jak gdyby określenie, w jakim zakresie w tej dziedzinie działalności, jaką jest opieka zdrowotna, może występować tzw. aktywne planowanie społeczne[7]. Wydawać by się mogło, że nie jest to w zasadzie problematyka ekonomiczna, gdyż same cele i założenia polityki społeczno–gospodarczej nie mają ściśle ekonomicznego charakteru, jednakże dla ich osiągnięcia stosowane są narzędzia ekonomiczne, regulujące zwłaszcza alokację (a głównie jej strukturę) zasobów systemu opieki zdrowotnej, przy czym wielkość tych zasobów ogranicza w określonej mierze zasoby zaangażowane w sferze produkcyjnej. Formułowanie kryteriów tej alokacji na szczeblu centralnym i nawet występujące także w niektórych okresach bezpośrednie podejmowanie decyzji alokacyjnych na szczeblu centralnym przesądza o tym, że stanowią one makroekonomiczne uwarunkowania strukturalne rozwoju i funkcjonowania opieki zdrowotnej, i to zarówno w ujęciu przestrzennym, jak i w ujęciu przedmiotowym.

1.2. Związki między rozwojem i funkcjonowaniem opieki zdrowotnej a stopniem centralizacji systemu regulacji

Makroekonomiczne uwarunkowania systemowe mogą być sprowadzone do przyjmowania rozwiązań systemowych w sferze regulacji o charakterz ogólnym, a więc takich, które znajdują zastosowanie do ogółu podmiotów gospodarczych danego typu w skali całej gospodarki narodowej. Na przykład jeżeli przyjmuje się założenie, że w ramach systemu państwowej opieki zdrowotnej instytucji opieki zdrowotnej powinny działać na zasadach określonych dla ogółu jednostek państwowych (a nie na zasadach specjalnych), to ustalane centralnie reguły odnoszące się do tworzenia i likwidacji oraz – co ważniejsze – do działania ogółu jednostek państwowych stanowią makroekonomiczne uwarunkowania systemowe, bez względu na to, czy są one lepiej lub gorzej dostosowane do przedmiotu działalności w opiece zdrowotnej. Najdalej idącym przejawem makroekonomicznych uwarunkowań systemowych jest dążenie do unifikacji rozwiązań systemowych w całej gospodarce narodowej, zarówno w sferze produkcji, jak i w sferze usług społecznych, chociaż dążenie do unifikacji rozwiązań systemowych w całej opiece zrowotnej – bez względu na jej wewnętrzne zróżnicowanie według rozmaitych kryteriów – stanowi także makroekonomiczne uwarunkowanie systemowe.

W badaniach nad uwarunkowaniami systemowymi wyróżnia się w systemie kierowania opieką zdrowotną dwa aspekty systemu centralnej regulacji, tj. aspekt podmiotowy oraz aspekt instrumentalny planowania i zarządzania. Rozróżnienie to wydaje się bardzo przydatne dla dalszych badań i potrzeb bliższej analizy makroekonomicznych uwarunkowań systemowych. Rozpatrując system kierowania w aspekcie instrumentalnym określa się zarówno narzędzia i procedury, przy pomocy których buduje się plany stanowiące projekt przyszłych działań gospodarczych, jak i narzędzia i procedury wywołujące działania gospodarcze ustalonego uprzednio planu. Stopień unifikacji stosowanych tu rozwiązań stanowi o makroekonomicznych uwarunkowaniach systemowych w ujęciu podmiotowym, koncentruje się więc uwagę na strukturach organizacyjnych oraz na uprawnieniach rozpatrywanych w ramach procedury planowania i zarządzania oraz podejmowanych decyzji w sprawach działań realnych.

Analiza systemu regulacji nie może ograniczyć się do jego opisu lecz powinna zawierać także oceny skuteczności analizowanego systemu. System kierowania opieką zdrowotną rozpatrywany w aspekcie instrumentalnym, uważa się za skuteczny wtedy gdy składające się na ten

[7] Pojęcie i potrzebę takiego planowania wyjaśnia w literaturze m. in. T. Przeciszewski, *Planowanie społeczne a polityka społeczna*, PWN Warszawa 1987, s. 223 i nast.

system narzędzia i procedury tworzą zbiór cechujący się wewnętrzną logiką i spójnością oraz charakteryzujący się adekwatnością tj. odpowiadający specyfice tej dziedziny działalności, do której się odnosi. Warte podkreślenia jest przy tym to, że właśnie zakres w jakim dopuszcza się możliwość stosowania zróżnicowanych systemów kierowania gospodarką, obejmujących rozmaite narzędzia i procedury planowania i zarządzania, w dostosowaniu do swoistych cech poszczególnych dziedzin działalności gospodarczej stanowi o zakresie makroekonomicznych uwarunkowań systemowych.

2. Źródła i metody finansowania opieki zdrowotnej

2.1. Systematyka źródeł finansowania opieki zdrowotnej

(1) Usługi opieki zdrowotnej mogą być finansowane zasadniczo z dwóch rodzjów źródeł, tj.z funduszy społecznych (tradycyjnie nazywanych publicznymi) oraz dochodów indywidualnych nabywców usług tj. pacjentów (w przypadku gdy są to usługi świadczone odpłatnie lub częściowo odpłatnie)[8]. Fundusze społeczne są bardzo zróżnicowanym zbiorem źródeł finansowania usług społecznych, obejmującym: budżet centralny i budżety terenowe; centralne i terenowe fundusze parabudżetowe (nazywane w prawie budżetowym funduszami celowymi); fundusze ubezpieczeniowe (zwłaszcza ubezpieczeń społecznych, chociaż możliwe są ubezpieczenia prywatne oraz różne typy ubezpieczeń chorobowych), finansujące proces świadczenia usług na rzecz osób ubezpieczonych[9]: fundusze celowe (socjalne) uspołecznionych zakładów pracy, w tym także organizacji spółdzielczych, świadczących usługi opieki zdrowotnej na rzecz swoich pracowników lub członków i ich rodzin[10];fundusze rozmaitych organizacji społecznych i stowarzyszeń, świadczących usługi opieki zdrowotnej na rzecz swoich członków lub całego społeczeństwa itp.

Tradycyjnym źródłem finansowania opieki zdrowotnej, odgrywającym nadal podstawową w tym zakresie rolę, jest budżet państwa, obejmujący budżet centralny i budżety terenowe. Odrębność budżetu centralnego od budżetów terenowych jako źródeł finansowania ciągle jeszcze nie przejawia się wyraźnie ze względu na jedność formalną i materialną budżetu państwa, przy znikomej – jak dotychczas – samodzielności finansowej władz terenowych. Wydaje się jednak, że akcentowanie odrębności budżetu centralnego i budżetów terenowych jako źródła finansowania jest uzasadnione, a to ze względu na występującą wyraźnie, chociaż przejawiającą się nie bez pewnych zahamowań, tendencję do umacniania samorządności, w istotnej mierze uzależnionej od stopnia samodzielności finansowej władz terenowych, o czym była już zresztą mowa.

Finansowanie opieki zdrowotnej z zasobów budżetowych umożliwia opieranie podziału usług opieki zdrowotnej na zasadzie powszechności i jednolitego zaspokojenia potrzeb w tym zakresie, co można jednak konsekwentnie realizować jedynie w wypadku nieodpłatnego ich świadczenia lub tak skonstruowanej odpłatności, aby nie ograniczała ona stopnia zaspokojenia potrzeb (przeciwdziałając jedynie nadużywaniu usług opieki zdrowotnej)). Im silniejsze jest przy tym powiązanie zasobów budżetowych władz terenowych z zasobami budżetowymi państwa, tym łatwiej o unifikację zasad i metod podziału usług opieki zdrowotnej na obszarze całego

[8] Z. Pirożyński, *Budżet a finansowanie działalności nieprodukcyjnej*, Studia Finansowe 1969 nr 7–8; J. Sobiech, *Finansowanie i odpłatność usług społecznych*, Polityka Społeczna 1985 nr 3; K. Piotrowska-Marczak, *Finanse sfery niematerialnej*, PWE Warszawa 1987, s. 21 i nast.

[9] Ubezpieczenie społeczne pracowników jest na ogół obejmowanie wprost budżetem centralnym albo centralnym funduszem parabudżetowym powiązanym z budżetem centralnym.

[10] Zaliczanie funduszów uspołecznionych zakładów pracy do funduszów społecznych nie jest – przynajmniej w odniesieniu do przedsiębiorstw, których gospodarkę finansową opiera się na zasadzie samofinansowania – bezsporne, chociaż nie powinno, ze względu na faktyczne warunki funkcjonowania tych przedsiębiorstw, budzić wątpliwości.

państwa. Odpowiednie zwiększenie samodzielności finansowej władz terenowych mogłoby prowadzić do pewnego zróżnicowania podziału usług opieki zdrowotnej w dostosowaniu do preferencji indywidualnych i społecznych w rozmaitych regionach lub nawet miejscowościach, co wymagałoby uwzględnienia przy określaniu kompetencji władz terenowych w tym zakresie.

Finansowanie usług opieki zdrowotnej z centralnych funduszów parabudżetwoych o zasięgu ogólnokrajowym umożliwia opieranie podziału tych usług na zasadzie powszechności bez przywiązywania jednak na ogół większego przy tym znaczenia – a przynajmniej nie w takiej mierze, w jakiej to występuje przy finansowaniu z budżetu centralnego – do jednolitego zaspokajania potrzeb w tym zakresie w skali całego kraju. Natomiast finansowanie usług opieki zdrowotnej z terenowych funduszów parabudżetowych, występujące zresztą dosyć wyjątkowo, pozwala na terenowe różnicowanie działalności usługowej w zakresie opieki zdrowotnej i terenowe zróżnicowanie podziału efektów tej działalności, z czym wiąże się nawet głównie ich znaczenie w warunkach jedności formalnej i materialnej budżetu państwa.

Za bezdyskusyjne przyjmuje się obecnie dosyć powszechnie, że nie można uznawać budżetu państwa (budżetu centralnego i budżetów terenowych) za jedynie właściwe źródło finansowania opieki zdrowotnej. Wykorzystanie pozostałych – poza budżetem centralnym i budżetami terenowymi, a także centralnymi i terenowymi funduszami parabudżetowymi – źródeł finansowania opieki zdrowotnej prowadzi do zwiększenia funduszów jej finansowania, lecz zarazem do ograniczenia kręgu odbiorców tych usług do określonych kategorii osób uprawnionych do korzystania z usług finansowanych z poszczególnych funduszów, co nie pozwala na całkowite zastąpienie przez nie budżetu państwa. Powinno się wykorzystywać wszystkie możliwe źródła finansowania opieki zdrowotnej ponieważ pozwala to nie tylko na rozszerzenie prowadzonej w tym zakresie działalności usługowej, lecz przy tym także najlepsze jej dostosowanie do zindywidualizowanych potrzeb zdrowotnych ludności.

Wielość źródeł finansowania opieki zdrowotnej może mieć oczywiście większe lub mniejsze znaczenie ze względu na różną zasobność poszczególnego rodzaju źródeł, a zwłaszcza na ich przydatność w różnego rodzaju systemach kierowania opieką zdrowotną i w rozmaitych przedmiotowo wyodrębnionych dziedzinach tej opieki. Nie musi się to wiązać z wyłączeniem opieki finansowanej ze źródeł parabudżetowych z centralnej regulacji, realizującej założenia polityki społecznej i finansowej państwa, ograniczając w każdym razie rolę centralnych organów państwa w kierowaniu działalnością państwa w sferze opieki zdrowotnej.

(2) W Polsce mamy do czynienia z ogólnokrajowym systemem gałęziowego kierowania procesami świadczenia usług opieki zdrowotnej, w którym centrum kierującym jest Minister Zdrowia i Opieki Społecznej. Tradycyjne finansowanie działalności prowadzonej w ramach tego systemu z budżetu państwa napotykało w przeszłości na silną krytykę, tym bardziej że nie zapewniało w praktyce wystarczalności środków finansowych (wobec prymatu produkcji materialnej w gospodarce socjalistycznej). Zapobiec temu mogłoby zastąpienie budżetowego finansowania opieki zdrowotnej przez finansowanie ze specyjalnie w tym celu utworzonego funduszu lub nawet funduszów parabudżetowych, o własnych i w miarę niezależnych od ogólnej sytuacji finansowej państwa dochodach[11]. To samo znaczenie przywiązuje się do wprowadzonych ostatnio, chociaż nie w pełni konsekwentnie, pewnych elementów tego rozwiązania w dziedzinie kultury, z wyłączeniem jej w określonej przez to rozwiązanie mierze z budżetu państwa i zarazem także z budżetów terenowych, a więc przy stosowanym zwiększeniu stopnia centralizacji jej finansowania (stawało się to tym wyraźniejsze, im bardziej postępowałoby usamodzielnienie finansowe władz terenowych).

Realizacja zgłaszanych coraz częściej postulatów zastosowania parabudżetowego finansowania z funduszów scentralizowanych również w odniesieniu do opieki zdrowotnej zwiększałaby stopień centralizacji kierowania obejmowanej tym finansowaniem działalności,

[11] Przyjęło się odnosić to upraszczająco jedynie do samego finansowania procesu świadczenia usług opieki zdrowotnej, pomijając inne – poza zasileniem finansowym – elementy systemu kierowania. Tymczasem wydaje się, że samo zwiększenie poziomu finansowania bez całościowych zmian w systemie kierowania opieką zdrowotną powodowałoby w wielu przypadkach jedynie powiększenie skali marnotrawstwa.

doprowadzając zarazem do osłabienia jej kontroli ze strony terenowych organów przedstawicielskich. Oznaczałoby to wzrost znaczenia czynnika profesjonalnego w kierowaniu finansowaną z tego źródła działalnością ze strony organów centralnych. Usiłuje się temu przeciwdziałać przez powoływanie rozmaitego rodzaju rad społecznych, wspomagających działania organów centralnych w tym zakresie[12]. Rady te miałyby odgrywać w odniesieniu do centralnych funduszów parabudżetowych rolę analogiczną do roli odgrywanej przez parlament w odniesieniu do budżetu państwa, co może budzić jednak zastrzeżenia chociażby ze względu na wpływy organów resortowych na skład rad społecznych.

Wprowadzenie obok funduszów centralnych także terenowych funduszów parabudżetowych, oddawanych do dyspozycji władz lokalnych i ich organów, niewiele by w tym zakresie zmieniło jeśli by finansowana z tych funduszów działalność w zakresie opieki zdrowotnej była obejmowana ogólnokrajowym systemem scentralizowanego gałęziowego kierowania, czemu towarzyszy z reguły także ograniczenie działalności usługowej na szczeblu centralnym. Fundusze parabudżetowe są na ogół bardziej pozytywnie oceniane ze względu na możliwości finansowania z nich działalności nie obejmowanej w sposób dyrektywny narodowymi planami społeczno-gospodarczymi oraz na większy stopień swobody władz terenowych przy wykorzystywaniu środków tych funduszów w porównaniu ze swobodą wydatkowania środków budżetowych. Wiąże się to z ciągle obowiązującą procedurą scentralizowanego planowania społeczno-gospodarczego i planowania budżetowego, a zwłaszcza scentralizowanego systemu równoważenia budżetów terenowych, które pozbawia je rzeczywistego wpływu na obejmowanie budżetami terenowymi zadania[13].

Terenowe fundusze parabudżetowe są w dotychczasowym systemie planowania społeczno-gospodarczego i budżetowego w głównej mierze swoistego rodzaju „amortyzatorami" narażonego na nadmierną centralizację systemu kierowania opieką zdrowotną, tracąc rację bytu gdy system ten przestaje być scentralizowany, po uczynieniu z budżetów terenowych wystarczającej podstawy samodzielności władz terenowych. Jeśli by więc nowe unormowanie systemu funkcjonowania władz terenowych, związane z przywróceniem samorządności terytorialnej, doprowadziło do rzeczywistego zwiększenia znaczenia tych władz w planowaniu społeczno-gospodarczym i budżetowym na szczeblu lokalnym, to można byłoby uznać terenowe fundusze parabudżetowe za w większości przypadków zbędne. Nie można tego na razie jeszcze, w obecnym etapie reformy systemu funkcjonowania władz terenowych, uznać za przesądzone i mimo wyraźnego nasilenia tej tendencji w działalności ustawodawczej parlamentu. W każdym jednak razie dotychczasowy brak rozstrzygnięcia tej kwestii może uzasadniać ciągłe jeszcze przywiązywanie dużego w tym systemie znaczenia do gospodarki funduszowej.

Ustosunkowując się w tym świetle do dość rozpowszechnionego na szczeblu terenowym parabudżetowego finansowania pewnych dziedzin usług społecznych, trzeba je uznać za rozwiązanie o ograniczonym co prawda – w warunkach przeprowadzanej aktualnie reformy władz terenowych – znaczeniu, ale odgrywającym ciągle jeszcze liczącą się rolę w faktycznej decentralizacji systemu kierowania działalnością władz terenowych w tym zakresie (zwłaszcza jeśli by podejmowane w tej reformie próby usamodzielnienia instytucji opieki zdrowotnej, w tym również instytucji podporządkowanych organizacyjnie organom terenowym, okazały się chybione).

(3) Nieco inny charakter mają swoistego typu fundusze ubezpieczeniowe, jakimi są fundusze ubezpieczeń społecznych. Fundusze te mogłyby uzyskać większe niż obecnie znaczenie w przypadku wyłączenia ubezpieczeń społecznych z budżetu państwa, z przejęciem zarazem z budżetu finansowania opieki zdrowotnej, należącej przecież tradycyjnie do sfery ubezpieczeń społecznych – co się czasem proponuje – byłoby to jednak pozbawienie znaczenia bez zapewnienia rzeczywistej samorządności Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Przeciwnicy

[12] Powoływanie społecznych rad zdrowia przy równoczesnym obejmowaniu finansowania opieki zdrowotnej funduszem parabudżetowym propaguje w Polsce K. Tymowska. Podobne propozycje wysuwane były w Czechosłowacji przez J. Liptaka w końcu lat 60-tych.

[13] Ustawa z dnia 3 grudnia 1984 – *Prawo budżetowe* (Dz. U. 1984 nr 56 poz.283).

zastosowania funduszów ubezpieczeń społecznych w finansowaniu opieki zdrowotnej wskazują najczęściej na trudności o charakterze techniczno-organizacyjnym, jakie byłyby niewątpliwie z tym związane, a także na trudności właściwego rozwiązania problemu lokat i rezerw ubezpieczeniowych w gospodarce pozbawionej rynku pieniężnego i rynku kapitałowego. Trudności te wydają się jednak łatwiejsze do pokonania od możliwości wprowadzenia autentycznego samorządu ubezpieczeniowego. W każdym razie poważniejsze rozważenie tzw. modelu ubezpieczeniowego opieki zdrowotnej wydaje się niezbędne, co nastąpi w dalszym ciągu pracy.

Fundusze zakładów pracy są odrębnym źródłem finansowania opieki zdrowotnej[14]. Mała dostępność oraz niski na ogół standard usług świadczonych w miejscu zamieszkania przez instytucje obejmowane finansowaniem budżetowym oraz duże na ogół znaczenie przywiązywane do opieki zdrowotnej w miejscu zatrudnienia stanowią o znacznej stosunkowo roli zakładowej opieki zdrowotnej w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych. W dotychczasowej praktyce dosyć powszechnie występuje łączenie środków zakładów pracy przeznaczonych na opiekę zdrowotną ze środkami budżetowymi lub parabudżetowymi.

Dochody indywidualnych odbiorców usług opieki zdrowotnej są przeznaczone na zakup usług świadczonych przez spółdzielnie lekarskie oraz w ramach prywatnej praktyki lekarskiej, przede wszystkim jednak na zakup leków, który poza zamkniętą opieką zdrowotną jest odpłatny, a także sprzętu ortopedycznego lub innych dóbr niezbędnych do korzystania z opieki zdrowotnej. Coraz częściej dyskutowany jest poza tym problem rozszerzenia odpłatności indywidualnej za usługi świadczone przez państwowe instytucje opieki zdrowotnej.

2.2. Systematyka metod finansowania opieki zdrowotnej

(1) Metody finansowania opieki zdrowotnej uzależnione są od form organizacyjnych, jakie przybierają instytucje opieki zdrowotnej. Niekiedy świadczenie usług opieki zdrowotnej odbywa się przy użyciu prostych form organizacyjnych a niekiedy przy zastosowaniu złożonych struktur organizacyjnych. Stosownie do tego zostaje zróżnicowana gospodarka finansowa instytucji świadczących usługi opieki zdrowotnej. Zasady gospodarki finansowej tych instytucji zależą nie tylko od organizacji procesu świadczenia usług, ale także i od źródeł finansowania działalności usługowej gdyż tak organizacja procesu świadczenia usług jak i źródła finansowania działalności usługowej przesądzają o sposobie zasilania finansowego instytucji opieki zdrowotnej.

Typologię podmiotów świadczących usługi opieki zdrowotnej należałoby rozpocząć od ich klasyfikacji według form własności, a to ze względu na rosnące znaczenie podmiotów niepaństwowych w sferze opieki zdrowotnej, przy równoczesnym dosyć rozpowszechnionym nawyku myślowym do ich ograniczenia wyłącznie do podmiotów państwowych. Tymczasem instytucje opieki zdrowotnej mogą przybierać postać: jednostek państwowych i spółdzielczych, organizacji społecznych, jednostek prywatnych (w tym spółek osób fizycznych), a także fundacji oraz spółek mieszanych.

Jeśli usługi opieki zdrowotnej są świadczone przez instytucje państwowe, to mogą one przybierać postać przedsiębiorstwa (częściej w formie przedsiębiorstw użyteczności publicznej, np. uzdrowiska, aniżeli w formie przedsiębiorstw na zasadach ogólnych, np. wytwórnie surowic), najczęściej jednak postać podmiotu gospodarki budżetowej, będącej tradycyjną formą finansowania instytucji wchodzących w skład gospodarki publicznej (państwowej i lokalnej). Przesłankami wyboru odpowiedniej formy organizacyjnej instytucji opieki zdrowotnej zajmę się w dalszej części pracy a tutaj ograniczę się do stwierdzenia, że zgodnie z tymi przesłankami najwłaściwszą w wielu przypadkach, a często jedynie możliwą formą prowadzenia tej działalności są podmioty gospodarki budżetowej, zwłaszcza jednostki budżetowe, jako

[14] Zakres pojęcia „działalność socjalno-bytowa zakładów pracy" jest wyjątkowo nieprecyzyjny i rozciągliwy i nie można go utożsamiać z pojęciem „usługi społeczne". Ponadto od wielu już lat mamy w Polsce do czynienia z wątpliwym i mało ostrym oddzieleniem „działalności socjalnej zakładów pracy" od „działalności bytowej zakładów pracy".

jednostki obejmowane bezpośrednio finansowaniem budżetowym (tzw. budżetowaniem „brutto"), a rzadziej także zakłady budżetowe, jako jednostki obejmowane pośrednio finansowaniem budżetowym (tzw. budżetowaniem „netto")[15]. W ramach jednostek budżetowych występować mogą środki specjalne i gospodarstwa pomocnicze, opierające swą gospodarkę finansową na specjalnych zasadach, odnosząc się do tych wycinków działalności jednostek budżetowych, w której uzależnia się ponoszone wydatki od uzyskiwanych dochodów. Znikła natomiast tradycyjna forma zakładu użyteczności publicznej, łącząca elementy jednostki budżetowej i przedsiębiorstwa w odniesieniu do całej swej działalności.

(2) Charakterystyczną cechą bezpośredniego finansowania z budżetu jest to, że wydatki jednostki budżetowej są równocześnie wydatkami budżetu, a ewentualne osiągane przez nią dochody są równocześnie dochodami budżetu. Zarówno te wydatki, jak i te dochody są przy tym ujmowane w planie budżetowym i w planie finansowym jednostki budżetowej (jej preliminarzu dochodów i wydatków) według jednolitych podziałek klasyfikacji budżetowej. Jednostka budżetowa finansowania jest więc podmiotowo w tym znaczeniu że w procesie planowania budżetowego następuje wyznaczenie rozmiarów i struktury wydatków jednostek budżetowych. Tym samym regułą ich zasilania finansowego staje się uznaniowe ze strony organów planowania budżetowego pokrywanie kosztów działalności instytucji będących jednostkami budżetowymi.

Przedmiotem tego uznaniowego wyznaczania wydatków poszczególnych instytucji jest nie tylko ogólny poziom kosztów prowadzonej przez nie działalności, ale i struktura tych kosztów w ujęciu wynikającym z istniejących podziałek w klasyfikacji wydatków budżetowych.[16] Poza innymi, ma to zwłaszcza tę konsekwencję, że umożliwia organowi dokonującemu wyznaczania wysokości i struktury wydatków budżetowych równocześnie, w trakcie planowania wydatków, określanie rozmiarów działalności jednostki budżetowej i nawet określenia sposobu prowadzenia (technologii) tej działalności oraz jej standardu, wysokość i struktura wydatków determinuje bowiem – przynajmniej w opiece zdrowotnej – jakość i sposób (technologię) świadczenia usług, w tym zwłaszcza technologię leczenia. Ze względu na powiązanie „brutto" z odpowiednim budżetem, tj. pełnymi wydatkami i pełnymi dochodami jednostki budżetowej, nie ma ona w zasadzie możliwości dokonywania takich zmian w planowanym poziomie i strukturze wydatków, które by nie powodowały równoczesnych zmian w budżecie, a więc które mogłyby następować bez wiedzy organu uchwalającego budżet (chyba że zostanie to wyrównane w innych jednostkach prowadzących ten sam rodzaj działalności). Ogranicza to w sposób niewątpliwy swobodę jednostki budżetowej ale umożliwia zarazem bezpośrednie kierowanie jednostkami budżetowymi przez organy uchwalające budżet, którym są te jednostki obejmowane.

W Polsce rozpowszechnił się, znnny także i w innych krajach, alternatywny sposób finansowania instytucji będących podmiotami gospodarki budżetowej, jakim jest budżetowanie netto w formie zakładu budżetowego. Zakład budżetowy może znaleźć zastosowanie wyłącznie w odniesieniu do takich instytucji, które świadczą usługi odpłatnie lub przynajmniej częściowo odpłatnie. Zakres odpłatności w stosunku do kosztów świadczenia usług powinien być w zasadzie na tyle znaczący, aby mogły się ujawnić zalety zakładu budżetowego jako organizacyjno-finansowej formy prowadzenia działalności obejmowanej gospodarką budżetową, wynikające zwłaszcza z możliwości rozszerzenia rozmiarów prowadzonej przez zakład budżetowy działalności usługowej przy zwiększeniu jego przychodów.

Charaktrystyczną cechą zakładu budżetowego jest nie tylko możliwość przeznaczenia przychodów osiąganych z odpłatnego świadczenia usług (nie przybierającego jednak na ogół

[15] Gospodarce finansowej podmiotów budżetowych poświęcone są zwłaszcza następujące prace: Z. Pirożyński, *Założenia systemu finansowania jednostek nieprodukcyjnych*, Studia Finansowe 1977 nr 24; K. Piotrowska-Marczak, *Finanse sfery niematerialnej*, wyd. cyt., s. 33–49; S. Owsiak, *Metody budżetowania sfery nieprodukcyjnej*, ZN AE w Krakowie, zeszyt nr 60, Kraków 1983; K. Tymowska, *Systemy finansowe jednostek podstawowych sfer usług społecznych*, Finanse 1982 nr 8–9. Metodom finansowania instytucji opieki zdrowotnej poświęcone jest opracowanie: J. Sobiech, *Kierunki przebudowy metod finansowania ochrony zdrowia*, w : *Problemy finansowania działalności niematerialnej*, PWE Warszawa 1979, s. 218–234.

[16] W. Goronowski, *Klasyfikacja wydatków w budżecie socjalistycznym*, PWN Warszawa 1972; Z. Fedorowicz, *Racjonalny system finansowy. Główne kierunki reformy*, PWE Warszawa 1984.

charakteru rynkowej sprzedaży usług) na pokrycie kosztów świadczenia tych usług, lecz także rozliczanie tych przychodów i kosztów, *per saldo* (w formie różnicy pomiędzy uzyskiwanymi przychodami a ponoszonymi kosztami prowadzonej przez nie działalności, z uwzględnieniem zmian w stanie środków obrotowych w planowym okresie) z właściwym budżetem. W procesie planowania budżetowego następuje corocznie ustalenie tej różnicy jako dotacji z budżetu lub rzadziej wpłaty do budżetu — z uwzględnieniem wysokości opłat za świadczone usługi — co pozwala na „pośrednie" regulowanie ze strony organów planowania budżetowego ogólnych rozmiarów świadczonych przez zakłady budżetowe usług. W trakcie wykonywania budżetu zakład budżetowy musi tak prowadzić swą działalność — dążąc do zwiększenia świadczonych usług i obniżki kosztów ich świadczenia — aby nie doprowadzić ani do przekroczenia przyznanej mu dotacji na pokrycie różnicy między osiągniętymi przychodami a poniesionymi kosztami, ani do obniżenia dokonywanej wpłaty do budżetu poniżej ustalonej w procesie planowania budżetowego nadwyżki przychodów ponad koszty (nie wyklucza to możliwości zwiększenia dotacji lub obniżenia wpłat w wyniku zmian wprowadzonych do budżetu w trakcie jego realizacji).

Gospodarkę zakładu budżetowego cechuje więc, zarówno w planowaniu, jak i w wykonywaniu planu, wyższy stopień elastyczności w porównaniu z gospodarką jednostki budżetowej, wiąże się to jednak z ograniczeniem możliwości bezpośredniego kierowania działalnością zakładów budżetowych przez organy uchwalające budżet. Odnosi się to w szczególności do rozmiarów, struktury, sposobu prowadzenia i standardu działalności usługowej instytucji działających w formie zakładu budżetowego. Forma zakładu budżetowego jest jednak mało w opiece zdrowotnej rozpowszechniona ze względu na nieodpłatność (tak indywidualną jak zbiorową) świadczonych usług.

W instytucjach prowadzonych w formie jednostki budżetowej wyodrębnia się bardzo często określoną część ich działalności — jako działalności ubocznej w stosunku do działalności tych instytucji — w formie środków specyjalnych i gospodarstw pomocniczych. Wyodrębniona w ten sposób działalność uboczna jednostek budżetowych musi być funkcjonalne powiązana z ich działalnością podstawową, przy czym ma ona najczęściej charakter materialny, w odróżnieniu od niematerialnego z reguły charakteru działalności podstawowej, toteż jest ona z reguły prowadzona na zasadzie przynajmniej częściowej odpłatności. Jeżeli rozmiary działalności ubocznej są niezbyt znaczne, a do jej prowadzenia nie potrzeba majątku o wielkiej wartości, to działalność ta jest prowadzona w formie środków specjalnych. Natomiast jeżeli działalność uboczna przybiera większe rozmiary a do jej prowadzenia niezbędne jest angażowanie majątku o dużej wartości, to działalność ta prowadzona jest w formie gospodarstw pomocniczych.

Działalność uboczną jednostki budżetowej prowadzoną w formie środków specjalnych i działalność uboczną tej jednostki prowadzoną w formie gospodarstwa pomocniczego różni stopień jej wyodrębnienia z działalności macierzystej jednostki budżetowej. Dla działalności prowadzonej w formie środków specjalnych wystarczające jest wyodrębnienie finansowe natomiast dla działalności prowadzonej w formie gospodarstwa pomocniczego niezbędne jest ponadto wyodrębnienie organizacyjne i majątkowo—funduszowe. Opisując zasady działania środków specjalnych często czyni się analogie między nimi a zakładami budżetowymi, a omawiając zasady funkcjonowania gospodarstw pomocniczych wprowadza się analogie między nimi a przedsiębiorstwami. W pewnym przybliżeniu można te analogie uznać za trafne.

2.3. Tendencje przemian w źródłach i metodach finansowania opieki zdrowotnej

(1) Przedstawione wyżej możliwe do wykorzystania źródła finansowania opieki zdrowotnej znajdują na ogół równoczesne zastosowanie, tzn. występuje najczęściej wielość źródeł finansowania opieki zdrowotnej, przy czym dotyczy to w zasadzie wszystkich krajów świata. W ostatnich latach występuje jednakże dosyć intresujące zjawisko, tj. postępuje zwiększanie się udziałów poszczególnego rodzaju funduszów społecznych w finansowaniu opieki zdrowotnej w krajach kapitalistycznych, opieranej w głównej mierze na odpłatności indywidualnej oraz

ubezpieczeniach społecznych, przy równoczesnej tendencji do rosnącego stale udziału dochodów ludności w finansowaniu opieki zdrowotnej w krajach socjalistycznych, opieranej w głównej mierze na funduszach społecznych (publicznych)[17]. Zjawisko to dotyczy nawet Stanów Zjednoczonych, które były jeszcze w latach 70–tych jedynym krajem, w którym funkcjonował rynek usług opieki zdrowotnej jako dominujący mechanizm podziału, a obecnie w coraz szerszym zakresie pojawiły się w USA fundusze publiczne jako źródło finansowania opieki zdrowotnej. Wszystko to powoduje, że uspołecznienie finansowania opieki zdrowotnej jest tendencją, którą uważa się za trwałą[18], ale – jak wskazuje doświadczenie krajów socjalistycznych – nie powinna ona przekraczać pewnych granic. Charakterystycznym zjawiskiem jest przy tym rosnąca rola funduszów budżetowych (dotyczy to jednakże głównie budżetów lokalnych), z malejącą równocześnie rolą funduszów ubezpieczeniowych. Występuje ponadto tendencja do finansowania opieki zdrowotnej na rzecz pracowników wprost przez pracodawaców, przy czym dotyczy to nawet tych krajów (np. RFN), w których przepisy prawne zabraniały tzw. lekarzom fabrycznym prowadzenia innej, poza profilaktyczną, działalności w zakresie opieki zdrowotnej w miejscu pracy[19].

Zagadnienie zmiany źródeł finansowania opieki zdrowotnej w Polsce stało się przedmiotem dyskusji i kontrowersji w związku z nieudanym, jak dotychczas, dążeniem do objęcia reformą gospodarczą także i opieki zdrowotnej. W toku tych dyskusji coraz częściej wyrażane są poglądy o konieczności zwiększenia udziału dochodów ludności w pokrywaniu kosztów rozwoju i funkcjonowania opieki zdrowotnej. Tego rodzaju poglądy głoszone są także w niektórych innych krajach socjalistycznych, w tym także ZSRR. Nie wydaje się jednak aby możliwości zwiększenia tego udziału były w praktyce duże, jakkolwiek występują niewątpliwie potrzeby i możliwości wykorzystania opłat jako instrumentów racjonalizacji opieki zdrowtnej.

Charakterystycznym, chociaż – jak się wydaje – raczej przejściowym zjawiskiem jest także wzrost udziału budżetu centralnego w finansowaniu opieki zdrowotnej, co jest w głównej mierze związane z szybkim wzrostem pokrywania wprost z budżetu centralnego tzw. dopłat do leków uprawnionych. W związku z zakładanym rozwojem samorządności terenowej należałoby się raczej liczyć z postępującym wzrostem znaczenia budżetów lokalnych w finansowaniu opieki zdrowotnej, chociaż napotyka to na przeszkody nie tylko ze względu na bariery w rozwoju samorządności terytorialnej, lecz także na postawę aparatu kierowniczego opieki zdrowotnej, któremu lepiej odpowiada jej podporządkowanie organom centralnym aniżeli władzom terenowym (i to tym bardziej, im dalej zostaje posunięte usamodzielnienie tych władz).

(2) Występujące aktualnie przemiany w rozmaitych krajach w metodach finansowania opieki zdrowotnej charakteryzuje pewna wspólna cecha, jaką jest dążenie do tzw. ekonomizacji działalności instytucji opieki zdrowotnej[20]. Związane jest to z występującą właściwie wszędzie ekspansją kosztów opieki zdrowotnej, co skłania do kontroli kosztów w celu ich ograniczenia bez szkody dla działalności usługowej instytucji opieki zdrowotnej. Stosowane w praktyce metody oddziaływania na koszty instytucji opieki zdrowotnej (takie jak normowanie kosztów, limitowanie wydatków itp.) bardzo niekiedy są zbliżone do procedur stosowanych tradycyjnie w finansowaniu budżetowym, mimo że są stosowane także i w tych krajach, w których dominuje ubezpieczeniowy model finansowania opieki zdrowotnej[21].

---

[17] K. Tymowska, na podstawie przeprowadzonych przez siebie badań uważa, że udział dochodów ludności Polski, i to z pominięciem tzw. czarnej praktyki lekarskiej, w pokrywaniu kosztów opieki zdrowotnej jest jednym z najwyższych w Europie; K. Tymowska, *Systemy finansowania służby zdrowia w wybranych krajach socjalistycznych i kapitalistycznych*, Informacja adresowana CINTE 1984 nr 4.

[18] J. A. Indulski, M. Matulewicz, *Tendencje rozwojowe systemu ochrony zdrowia w Polsce*, cz. I. *Finansowanie*, Zdrowie Publiczne 1982 nr 1–2, s. 2 i nast.

[19] P. Krasucki, J. Pignan–Otto, *Problemy optymalizacji struktur organizacyjnych przemysłowej służby zdrowia w dużej aglomeracji przemysłowej*, Zdrowie Publiczne 1982 nr 7–8, s. 344.

[20] *Control of health care cost in social services*, EURO Raports and Studies 1982 nr 55.

[21] K. Tymowska, *Problemy rachunków kosztów w służbie zdrowia* (maszynopis powielony), Prace Zakładu Budżetu Państwa, Instytut Finansów Warszawa 1985.

Metody zasilania finansowego instytucji opieki zdrowotnej są w Polsce przedmiotem szczególnej krytyki od wielu już lat[22], przy czym ta krytyka nasiliła się w toku dyskusji nad reformą finansowania opieki zdrowotnej doprowadzając do sformułowania rozmaitych propozycji przemian tych metod[23].

Sprowadzić je można do trzech podstawowych, tj. udoskonalenia stosowanej obecnie formy jednostki budżetowej, przeorganizowania instytucji opieki zdrowotnej przez upodobnienie jej do przedsiębiorstwa użyteczności publicznej oraz zastosowania formy pośredniej, tzw. zakładu świadczeń zdrowotnych, łączącego pewne elementy jednostki budżetowej i przedsiębiorstwa użyteczności publicznej.

W ramach doskonalenia jednostki budżetowej jako formy organizacyjno–finansowej podstawowych instytucji opieki zdrowotnej proponuje się rozszerzenie prawa do dokonywania zmian w planie finansowym instytucji opieki zdrowotnej, zakładając możliwość samodzielnego przez kierownictwo poszczególnych instytucji opieki zdrowotnej dokonywania zmian między wszystkimi rodzajowo ujętymi kierunkami wydatków poszczególnych instytucji. Obowiązująca dotychczas we wszystkich jednostkach budżetowych zasada wygasania z końcem roku niewykorzystanych przez instytucje opieki zdrowotnej kredytów budżetowych miałaby zostać uchylona. Poszczególne instytucje, prowadzone jako jednostki budżetowe, odprowadzałyby do budżetu, z którego są finansowane, jedynie pozostałości środków przeznaczonych w planie ich działalności na zadania, które nie zostały wykonane (środki te byłyby ewentualnie potrącone przy kolejnym uruchomieniu kredytów budżetowych). Z drugiej zaś strony otrzymywałyby one dodatkowe środki budżetowe – także i w trakcie okresu budżetowego – w przypadkach realizacji zwiększonych zadań usługowych.

Proponuje się ponadto wprowadzenie do gospodarki finansowej jednostek budżetowych funkcjonujących w opiece zdrowotnej, podobnie jak i do gospodarki finansowej zakładów budżetowych, corocznego rozliczania stanu zapasów środków obrotowych. Stawiane do dyspozycji poszczególnych jednostek budżetowych środki budżetowe byłby pomniejszone o równowartość zapasów ponadnormatywnych i nieprawidłowych. Wprowadzenie tej zasady miałoby być poprzedzone dokonaniem weryfikacji obowiązujących normatywów zapasów materiałowych w celu pełniejszego ich dostosowania do potrzeb i specyfiki działalności opieki zdrowotnej oraz aktualnych warunków zaopatrzenia rynkowego. Pewne propozycje w tym zakresie przygotowywano już wielokrotnie, nie uzyskały one jednak akceptacji i nie zostały wdrożone do praktyki.

Wszystkie te propozycje przyczynić się mogą do pewnych usprawnień w funkcjonowaniu instytucji opieki zdrowotnej działających jako jednostki budżetowe, jednakże nie mogą – jak się wydaje – doprowadzić do istotnej racjonalizacji działalności instytucji opieki zdrowotnej. Możliwości zwiększenia racjonalności ich działania ogranicza w głównej mierze system planowania działalności usługowej i planowania finansowego instytucji opieki zdrowotnej, jako jednostek budżetowych. Tymczasem zwolennicy wprowadzenia „udoskonalonej" jednostki budżetowej jako dominującej formy organizacyjno–finansowej dla jednostek podstawowych w sferze opieki zdrowotnej nie proponują istotnych zmian w metodach i procedurze planowania usług zdrowotnych i planowania finansowego. Stosowane metody i procedura tego planowania pozostają instrumentem centralistycznego systemu kierowania działalnością instytucji opieki zdrowotnej, który może nawet sprzyjać ujednoliceniu – na poziomie uznanym za właściwy przez organy centralne – zaspokojenia potrzeb ludności, ale przyczynia się do niegospodarności.

W wysuwanych propozycjach udoskonalenia działalności jednostek budżetowych pomija się takie szczegóły, jak np. to, czy planowanie wydatków jednostek budżetowych ma się opierać o normy i wskaźniki budżetowe, jak to ma miejsce obecnie a jeśli nie, to na jakiej innej miałoby się ono odbywać podstawie. Wzmiankuje się w tych propozycjach ogólnie, że planowanie

[22] J. Sobiech, *Kierunki przebudowy metod finansowania ochrony zdrowia*, wyd. cyt., s. 218–234.

[23] J. Sobiech, *Ochrona zdrowia w reformie gospodarczej*, wyd. cyt., s. 45–62; K. Tymowska, C. Włodarczyk, *Reforma w ochronie zdrowia*, w: *Usługi społeczne*, praca zbiorowa, pod red. A. Łukaszewicz, PWE Warszawa 1984, s. 93–144; J. Chechliński, *Finansowanie przedmiotowe, podmiotowe i zryczałtowane w reformie lat osiemdziesiątych*, w: parcy zbiorowej pod red. J. Chechlińskiego, *Finansowanie świadczeń społecznych*, wyd. cyt., s. 148 i nst.

działalności instytucji opieki zdrowotnej ma określać liczbę świadczonych usług przypadających do realizacji w roku planowanym zapewniając im odpowiednią wielkość środków finansowych. Można stąd wyciągnąć wniosek, że wydatki instytucji opieki zdrowotnej miałyby być ustalane w oparciu o normy ogólne i nie mniej chyba ogólne wskaźniki budżetowe, nazywane miernikami świadczonych usług. Skuteczność tej metody planowania zależy od przyjętego sposobu obliczania i korygowania norm oraz od trafności doboru mierników usług. Omawiane propozycje nie wnoszą w tym zakresie wiele nowego, ograniczając się do ogólnego stwierdzenia, że normy ogólne powinny opierać się o odpowiednie badania kosztów a wśród mierników świadczonych usług zdrowotnych wymienia się w zasadzie wszystkie stosowane obecnie wskaźniki budżetowe. Pozostaje więc w dalszym ciągu do rozwiązania konstrukcja norm i mierników świadczonych usług.

Najbardziej radykalną propozycją przebudowy systemu ekonomiczno—finansowego instytucji opieki zdrowotnej jest propozycja oparcia tego systemu o zasady rozrachunku gospodarczego, w doświadczonej w sferze produkcji materialnej formie przedsiębiorstwa użyteczności publicznej lub nawet przedsiębiorstwa działającego na ogólnych zasadach. Zgodnie z tą propozycją instytucje opieki zdrowotnej powinny osiągać przychody ze sprzedaży usług leczniczo—pielęgnacyjnych i konsultacyjno—diagnostycznych w wysokości wystarczającej na pokrycie znacznej części lub całości kosztów swojej działalności. Przewiduje się występowanie zysku (nawet jeśli by zapewniało go przedmiotowe dotowanie z budżetu), przeznaczonego na utworzenie funduszu rozwoju i funduszu materialnego zaintresowania pracowników oraz na wpłatę do budżetu. Realizacja tej propozycji wymagałaby wprowadzenia odpowiedniej odpłatności za usługi zdrowotne. Według jej autorów nie musiałaby to być odpłatność indywidualna ze strony pacjentów, mogłaby to być odpłatność zbiorowa ze środków budżetowych lub też innych funduszów. Zdają się oni nawet preferować odpłatność zbiorową ze środków funduszu ubezpieczeniowego, postulując przywrócenie ubezpieczeniowej metody finansowania opieki zdrowotnej.

Zastrzeżenia jakie można byłoby wobec przedstawionego tu rozwiązania wysunąć (bez względu na przyjętą metodę odpłatności za świadczone usługi), sprowadzają się do obaw, czy nie sprzyjałoby ono obniżeniu jakości usług zdrowotnych poprzez wyzwolenie w poszczególnych instytucjach usługowych tendencji do minimalizacji kosztów i maksymalizacji zysku, największą trudność sprawiałaby chyba jednak możliwość skonstruowania odpowiedniego systemu cen usług zdrowotnych. Istnieje ponadto obawa aby konsekwentna realizacja tego rozwiązania, połączona z wprowadzeniem pełnej swobody wyboru przez pacjentów instytucji, w których chcieliby się leczyć, nie spowodowała w praktyce potrzeby dotowania najmniej gospodarnych instytucji, ponieważ w aktualnej sytuacji rażącej niewydolności urządzeń opieki zdrowotnej nie można byłoby łatwo doprowadzać do ich likwidacji.

Zgłoszona ponadto została propozycja zastosowania rozwiązania pośredniego, w którym występowałoby powiązanie niektórych zasad funkcjonowania jednostek budżetowych z elementami rozrachunku gospodarczego, co prowadziłoby do stworzenia tzw. zakładu świadczeń zdrowotnych jako instytucji różniących się zarówno od udoskonalonej formy jednostki budżetowej, jak i od znanej ze sfery produkcji materialnej formy przedsiębiorstwa, zwłaszcza przedsiębiorstwa działającego na ogólnych zasadach (bliższa zakładowi świadczeń zdrowotnych byłaby forma przedsiębiorstwa użyteczności publicznej). Zakład świadczeń zdrowotnych miałby być finansowany z budżetu w oparciu o ilość świadczonych usług, określoną przy pomocy odpowiednich mierników oraz w oparciu o normy ogólne kosztów ich świadczenia. W zakresie wykorzystywania przydzielonych im środków miałby on tak samo ograniczony stopień swobody, jaki się odnosi do jednostek budżetowych, mógłby jednak korzystać z kredytu bankowego na zakup sprzętu i aparatury medycznej oraz remonty kapitalne. Tym co miałoby różnić „zakład świadczeń zdrowotnych" od jednostki budżetowej, a częściowo także i od zakładu budżetowego, byłoby pozostawienie ewentualnej nadwyżki dotacji nad kosztami do dyspozycji zakładu, z przeznaczeniem jej na nagrody dla pracowników, poprawę wyposażenia instytucji w sprzęt i aparaturę medyczną oraz ewentualną spłatę kredytu bankowego.

3. Przegląd systemów ekonomiczno—finansowych instytucji opieki zdrowotnej

3.1. Typologia instytucji opieki zdrowotnej

(1) Pod pojęciem instytucji opieki zdrowotnej rozumieć można jednostki organizacyjne, zatrudniające odpowiednio wykwalifikowanych pracowników w celu bezpośredniego świadczenia usług opieki zdrowotnej, przy wykorzystaniu sprzętu i aparatury medycznej oraz przy wykorzystaniu innych zasobów materialnych. Instytucjami opieki zdrowotnej są takie instytucje ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, jak poradnie i przychodnie zdrowia, ośrodki zdrowia i punkty zdrowia oraz instytucje stacjonarnej opieki zdrowotnej, czyli szpitale, sanatoria czy zakłady psychiatryczne itp. Panadto do instytucji opieki zdrowotnej zalicza się żłobki, stacje pogotowia ratunkowego, apteki itp. Niekiedy jako instytucje opieki zdrowotnej traktuje się także jednostki, które kierują, organizują, nadzorują i koordynują działalność jednostek podstawowych.

(2) Klasyfikacja instytucji opieki zdrowotnej może być przeprowadzana z różnych punktów widzenia. Najbardziej rozpowszechniony ale i najmniej precyzyjny jest podział instytucji opieki zdrowotnej na instytucje profilaktyczne, lecznicze i rahabilitacyjne a więc podział nawiązujący do — przedstawionego już — przedmiotowego zróżnicowania opieki zdrowotnej jako działalności usługowej. Z punktu widzenia funkcjonalnego i przestrzennego wyróżnia się przestrzenno—funkcjonalne układy instytucji opieki zdrowotnej, odnosząc je wyłącznie do państwowej opieki zdrowotnej. W tych ramach wyróżnia się: 1) podukład o znaczeniu ogólnokrajowym, na który składają się instytucje lecznictwa uzdrowiskowego oraz niektóre specyficzne instytucje opieki zdrowotnej o zasięgu ogólnokrajowym, 2)podukład o znaczeniu ponadregionalnym, na który składają się niektóre unikalne szpitale, instytucje rehabilitacji leczniczej itp., 3) podukład o znaczeniu regionalnym, wewnątrzregionalnym i lokalnym, związany bądź z miejscem zamieszkania lub miejscem pracy osób leczonych bądź ukierunkowany na zaspokojenie potrzeb określonego rodzaju grup ludności (np. matki i dziecka); podukład ten może być również związany ze świadczeniem usług opieki zdrowotnej na rzecz określonych grup dysponseryjnych.

Klasyfikację instytucji opieki zdrowotnej uzupełnia się ich podziałem na instytucje bezpośredniego świadczenia usług opieki zdrowotnej (jak szpitale, przychodnie i poradnie, ośrodki zdrowia) oraz instytucje spełniające funkcje pośrednie w opiece zdrowotnej nad ludnością (jak zakłady naprawcze sprzętu medycznego, kolumny transportu sanitarnego, przedsiębiorstwa zaopatrzenia zakładów opieki zdrowotnej itp.).

Z funkcjonalnym układem instytucji opieki zdrowotnej wiąże się podział instytucji bezpośredniego świadczenia usług opieki zdrowotnej według kryterium częstotliwości lub czasu korzystania ze świadczonych przez nie usług. Zgodnie z tym kryterium wyróżnia się: zakłady świadczące usługi permanentnie (przez całą dobę — jak szpitale); zakłady świadczące usługi okresowo (przez kilka godzin dziennie — jak półsanatoria) lub sporadycznie (przy uzyskiwaniu doraźnej pomocy lekarskiej). Można w tych ramach wyróżnić również instytucje opieki zdrowotnej świadczące usługi przez cały czas niezbędny dla osiągnięcia zamierzonego lub koniecznego efektu (np. leczenie szpitalne, sanatoryjne) oraz instytucje świadczące usługi bez ograniczeń czasowych (np. domy pomocy dla nieuleczalnie chorych).

Działalność usługowa w zakresie opieki zdrowotnej ma w zasadzie charakter zindywidualizowany w stosunku do poszczególnego człowieka, uzyskuje ona jednak w coraz szerszym zakresie cechy opieki zespołowej lub kompleksowej (zwłaszcza dotyczy to instytucji rehabilitacyjnych i profilaktycznych). Pojawia się w związku z tym potrzeba wyróżnienia instytucji opieki zdrowotnej, w których działalności dominują usługi noszące znamiona opieki indywidualnej, zespołowej i kompleksowej.

Innego rodzaju podział instytucji opieki zdrowotnej może być przeprowadzony z punktu widzenia możliwości lub niezbędności korzystania z usług opieki zdrowotnej przez nie świadczonych, wyróżniając zwłaszcza instytucje, z których korzystanie ma charakter fakul-

tatywny oraz charakter obligatoryjny. Jeśli korzystanie z usług opieki zdrowotnej jest pozostawione swobodnemu uznaniu człowieka, zagrożonego chorobą, nazywa się je fakultywnymi. Występuje również pewien zakres usług fakultywnych, z których korzystanie zostaje ograniczone warunkami bytowymi ludności o ile skorzystanie z usług opieki zdrowotnej związane jest z wydatkami z budżetów gospodarstw domowych. Obowiązkowe korzystanie z usług opieki zdrowotnej dotyczy głównie działalności profilaktycznej, chociaż może występować także w sferze działalności leczniczej (w przypadku chorób zakaźnych lub niektórych społecznych). Wszystkie te okoliczności wiążą się z wyposażeniem instytucji opieki zdrowotnej w odpowiednie urządzenia materialne.

W klasyfikacji instytucji opieki zdrowotnej nie można pomijać podziału tych instytucji na państwowe (z dalszym ich podziałem na zarządzanie centralne i terenowe), spółdzielcze oraz prowadzone przez organizacje społeczne (np. związki zawodowe i różnego rodzaju stowarzyszenia). Ponadto istnieją prywatne instytucje opieki zdrowotnej o różnym stopniu organizacyjnej złożoności (od prywatnych gabinetów lekarskich do wielkich spółek) oraz rozmaitego rodzaju fundacje.

W obowiązującej w Polsce od lat 1973–1975 organizacji opieki zdrowotnej przywiązuje się szczególne znaczenie do integracji instytucji opieki zdrowotnej i ich zespolenia w zespoły tych instytucji[24]. Integracja ta jest tak daleko idąca, że pozbawia podmiotowości poszczególne instytucje wchodzące w skład szerszych zespołów instytucji opieki zdrowotnej, w tym także podmiotowości ekonomiczno–finansowej. Konstrukcja systemu kierowania zespołami instytucji opieki zdrowotnej umożliwia przy tym dekoncentrację gospodarki finansowej w ramach tego zespołu, co uniemożliwia zastosowanie mechanizmów ekonomicznych a nawet prostych zasad gospodarności.

Działalność Zespołów Opieki Zdrowotnej obejmuje w zasadzie tzw. podstawową opiekę zdrowotną (w tym opiekę zapobiegawczą, szpitalną i doraźną), świadczenia leczniczo–opiekuńcze w żłobkach i domach małego dziecka oraz różne formy opieki społecznej. Działalność Zespołów Opieki Zdrowotnej wykracz więc poza przyjęty w tej pracy zakres opieki zdrowotnej, obejmując także działalność w zakresie opieki społecznej. Ponadto dość mylące jest tu posługiwanie się terminem podstawowa opieka zdrowotna, który nie jest jednoznaczny.

3.2. Ekonomiczno–finansowa charakterystyka szpitala

3.2.1. Pojęcie i ekonomiczne modele szpitala

(1) W literaturze nie ma jednoznacznej definicji szpitala i można nawet znaleźć liczne dyskusje nad rozmaitymi proponowanymi ujęciami takich definicji. Spośród różnorodnych definicji jakie można znaleźć w literaturze polskiej, na szczególną uwagę zasługuje następująca definicja R. Jachowicza: „Szpital jest to zakład opieki zdrowotnej charakteryzujący się stałą gotowością do przyjęcia i umieszczenia w nim pacjenta oraz zapewniający przebywającemu w nim pacjentowi całodobową, wszechstronną i kwalifikowaną opiekę medyczną, polegającą na obserwacji, rozpoznaniu i leczeniu”[25].

[24] Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 lutego 1973 r. w sprawie organizacji zespołów Opieki Zdrowotnej (Dz. U. 1973 nr 7 poz. 52); Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 10 marca 1973 w sprawie organizacji i wzorcowych statutów zespołów opieki zdrowotnej (Dz. Urz. MZiOS 1973 nr 6 poz. 28); Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 czerwca 1975 w sprawie organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. 1975 nr 25 poz. 134); Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 4 lipca 1975 w sprawie organizacji i wzorcowych statutów zespołów opieki zdrowotnej (Dz. Urz. MZiOS 1975 nr 12 poz. 38). Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 16 lipca 1980 zmieniające zarządzenie w sprawie organizacji i wzorcowych statutów zespołów opieki zdrowotnej (Dz. Urz. 1980 nr 6 poz. 19); Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 maja 1982 w sprawie organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. 1982 nr 15 poz. 121); Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 10 listopada 1982 w sprawie organizacji i ramowych statutów zespołów opieki zdrootnej (Dz. Urz. MZiOS 1982 nr 12, poz. 61); Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 maja 1989 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. 1989 nr 28 poz. 152).

[25] R. Jachowicz, *Zarys technologii współczesnego szpitala*, PZWL Warszawa 1970, s. 23.

Pewne problemy sprawia odróżnienie szpitala od innych instytucji opieki zdrowotnej a nawet od instytucji opieki społecznej. Ażeby różnica między szpitalem jako instytucją opieki zdrowotnej a instytucjami opieki społecznej była wyraźna, R. Jachowicz podaje orientacyjną długość średniego czasu pobytu pacjenta w szpitalu, która w szpitalach jest krótsza (300 dni – w szpitalach psychiatrycznych, 120 dni – w szpitalach gruźliczych a 30 dni – we wszystkich pozostałych szpitalach), aniżeli w takich instytucjach, jak zakłady dla przewlekle chorych, leprozoria itp.

Klasyfikacji szpitali dokonywać można z rozmaitych punktów widzenia, tj. stosując różne kryteria takiej klasyfikacji. Najczęściej stosowanymi kryteriami klasyfikacji szpitali są główne zadania funkcjonalne szpitala, liczba i rodzaj reprezentowanych w szpitalu specjalności lekarskich oraz cechy leczonych w szpitalu pacjentów (np.wiek)[26].

Szpitale mogą być w rozmaity sposób organizowane, przy czym różnice w wewnętrznej organizacji szpitali wyrażają się zwłaszcza w sposobie ujęcia w tej organizacji działów pielęgnacji chorych. We współczesnych szpitalach działy pielęgnacji chorych mogą być ujmowane albo w system oddziałów specjalistycznych albo też w system stopniowalnej opieki pielęgniarsko–leczniczej[27].

(2) Szpital jako podmiot gospodarujący jest stosunkowo od niedawna przedmiotem zainteresowania nauk ekonomicznych. Szczególne znaczenie dla badań podejmowanych w tej pracy mają zwłaszcza osiągnięcia badawcze z zakresu zupełnie w Polsce nie znanej problematyki ekonomicznego modelowania szpitala jako podmiotu gospodarującego. Ekonomiczne modele szpitala ujmowane są w dwie grupy, tj. modele instytucjonalne (organism models) i modele wymiany (exchange models)[28].

Modele instytucjonalne traktują szpital jako wyodrębniony organizm, a więc autonomiczną jednostkę z jej własnymi celami, co nie jest bezdyskusyjne. Cele szpitala mogą być formułowane z rozmaitych punktów widzenia, a więc celami działalności szpitala mogą być rozmiary jego działalności usługowej i standard tej działalności, rozmaicie kwantyfikowane korzyści działalności szpitala itp. Zawsze jednak szpital traktowany jest jako organizacja nie nastawiona na zysk (nonprofit instytution), co stwarza trudności w konstrukcji formalnego modelu instytucjonalnego szpitala, gdyż niełatwo jest ustalić kryterium funkcji wyboru szpitala. Jest to związane głównie z tym, że szpital tylko z dużym uproszczeniem i to w ściśle określonych warunkach może być traktowany jako autonomiczna jednostka posiadająca własne cele.

Uważa się jednakże, że z faktu traktowania szpitala jako autonomicznej jednostki prowadzącej określonego rodzaju obiektywną działalność wynika możliwość opisania tej działalności przy pomocy określonego rodzaju funkcji wyboru. Pozwala to w konsekwencji na rozpatrywanie prawidłowości ekonomicznych rządzących działalnością usługową szpitala jako podmiotu gospodarującego a więc dokonującego w swej działalności usługowej aktów wyboru.

Wśród modeli instytucjonalnych wyróżnić można modele maksymalizujące rozmiary działalności usługowej szpitala, modele maksymilizujące jakość (standard) działalności usługowej szpitala, modele maksymalizujące zarówno rozmiary jak i jakość działalności usługowej szpitala oraz modele maksymalizujące korzyści wynikające z działalności usługowej szpitala. Te ostatnie modele są właściwie kategorią pośrednią, w tym znaczeniu, że wprawdzie nie są jeszcze rozpatrywanymi w dalszej części pracy modelami wymiany ale wykraczają już poza zakres modeli instytucjonalnych.

Do pierwszych, modeli maksymalizujących rozmiary działalności usługowej szpitala, uznanych dzisiaj za klasyczne, należą modele zbudowane przez P. Feldsteina[29] i M. Browna[30]

[26] R. Jachowicz, *tamże*, s. 54 i nast.

[27] M. Brown, H. L. Lewis, *Hospital Management Systems*, Maryland 1976. Warto tu podać, że twórcą i propagatorem w świecie tego drugiego sytemu był polski lekarz – E. Howorka. Por. zwłaszcza E. Howorka, *Socjalistyczny szpital zintegrowany*, PZWL Warszawa 1969.

[28] P. Jacobs, *A Survey of Economic Models of Hospitals*, Inquiry 1974 vol. XI June 1974, s. 83 i nast.; A. S. Detsky, *The Economic Foudations of National Health Policy*, Ballinger Publishing Campany, Cambridge, Massachusetts 1978, s. 60 i nast.

[29] P. Feldstein, *Appelying Economic Concepts to Hospital Care*, Hospital Administration 1968 Winter, no 13, s. 60–89.

[30] M. Brown, *An Economic Analysis of Hospital Operations*, Hospital Administration, 1970 Spring no 15, s. 60–74.

Zgodnie z poglądami P. Feldsteina i M. Browna szpital jest takim samym podmiotem gospodarującym jak każdy inny, powołanym i kierowanym przez pojedynczego administratora a nie przez jakąś fikcyjną osobę łączącą w sobie cechy społecznego zarządcy, typowego menadżera i lekarza. Trzeba w tym miejscu wyjaśnić, że w ekonomice szpitalnictwa rozpowszechniony jest pogląd, zgodnie z którym szpital kierowany jest równocześnie przez trzy różne podmioty, tj. społeczny zarząd (reprezentujący interes potencjalnych pacjentów a często także właściciela a więc władzę lokalną w przypadku szpitali lokalnych, zakład ubezpieczeń w przypadku szpitali będących własnością ubezpieczalni itp.), menadżera (reprezentującego interes szpitala jako podmiotu gospodarczego) oraz lekarza (reprezentującego profesjonalny interes medyczny). Administrator kierujący szpitalem stara się o możliwie najbardziej optymalne wykorzystanie zasobów będących w dyspozycji szpitala. Ważną cechą tego modelu jest zwrócenie uwagi na fakt, że usługi szpitalne są czymś odmiennym od usług lekarza. Lekarz w omawianej kategorii modeli ekonomicznych szpitala traktowany jest jako „agent doradzający pacjentowi", posiadający jednak poważny wpływ na działalność szpitala. Model koncentruje się na opisaniu zależności między kosztami ogółem a ogólnymi rozmiarami subsydiów dla szpitala i jego dopuszczalną stratą.

W działalności w zakresie opieki zdrowotnej szczególne znaczenie ma jakość czyli standard tej działalności, co znajduje swój wyraz i w modelach szpitala koncentrujących się właśnie na jakości opieki szpitalnej, które mogą być rozpatrywane jako modele maksymalizujące jakość (standard) działalności usługowej szpitala. Typowym modelem jest tu model opracowany przez M. L. Lee[31], nazywany przez autora modelem maksymalizującym korzyści menadżerów szpitala, co nawiązuje do konkluzji autora modelu, z której wynika że przy niskiej elastyczności cenowej usług szpitalnych i dążeniu do możliwie wysokiego standardu usług dochodzi właśnie do maksymalizacji korzyści menadżerów szpitala.

Wśród wielu modeli instytucjonalnych na szczególną uwagę zasługuje ta kategoria modeli, w ramach której konstruowane są modele maksymalizujące zarówno rozmiary działalności usługowej szpitala jak i jej standard. Najbardziej rozwiniętymi modelami tej grupy są modele sformułowane przez J. P.Newhouse[32] i M. S. Feldsteina[33]. Pierwszy z tych modeli zakłada istnienie stałej jakości usług szpitalnych i zmierza do maksymalizacji rozmiarów działalności usługowej szpitala, przy założeniu przesuwania się na skali jakości usług szpitalnych.

Drugi z tych modeli tj. model M. S. Foldsteina należy do najbardziej klasycznych spośród wszystkich znanych modeli szpitala i koncentruje się na poszukiwaniu równowagi szpitala przy założeniu stałości jego budżetu i równoczesnym dążeniu do maksymalizacji rozmiarów działalności usługowej i maksymalizacji jakości tej działalności oraz określeniu deficytu szpitala przy założeniu zmian w zewnętrznych warunkach jego funkcjonowania.

Drugie ujęcie modeli szpitala, które określa się jako modele wymiany, koncentruje sięwłaściwie nie na samym szpitalu oraz ekonomicznych i technologicznych prawidłowościach jego działalności usługowej, ale na podmiotach, które korzystają z rezultatów działalności szpitala jako jednostki gospodarczej. W modelach tych również zakłada się, że szpital jest instytucją nie nastawioną na zysk, a jako podmioty korzystające z rezultatów działalności szpitala rozpatrywuje się następujące kategorie tych podmiotów: zarządzających szpitalem, tj. członków społecznych rad szpitala, nadzorujących szpital w imieniu – najczęściej społeczności lokalnych czy społeczności ubezpieczonych; administratorów (czyli menadżerów), kierujących operatywną działalnością szpitala, oraz lekarzy, reprezentujących jednak nie tylko siebie ale i pacjentów nad którymi sprawuje stałą opiekę (najczęściej jako lekarze domowi).

---

[31] P. Jacobs, *tamże*,s. 85 i nast.; M. L. Lee, *A Conspicouous Production Theory of Hospital Behavior*, Southern Economic Journal, July 1971 nr 38, s. 48–58.

[32] J. P. Newhouse, *Toward a Theory of Nonprofit Institutions: An Economic Model of a Hospital*, American Economic Review March 1970 nr 60, s. 64–74.

[33] Po raz pierwszy model ten, jeszcze w uproszczonej formie, został zawarty w pracy M. S. Feldsteina, *Economic Analysis for Healthe Service Efficiency*, North Holland Publishing Campany, Amsterdam 1967. We właściwej rozwiniętej postaci, w: M. S. Feldstein, *Hospital Cost Inflation: A Study of Nonprofit Price Dynamics*, American Economic Review, Decamber 1971 nr 51, s. 853–872.

Szpital jest organizmem, który umożliwia realizację celów właściwych dla każdej z tych kategorii podmiotów. Zarządzający szpitalami (członkowie społecznych rad zdrowia) dążą do zapewnienia opieki zdrowotnej określonej grupie ludności i cel ten realizują poprzez szpital. Kierujący operatywną działalnością szpitala („administratorzy") starają się o optymalne wykorzystanie zasobów szpitala a więc o optymalne zastosowanie czynników decydujących o zdolnościach usługowych szpitala. Lekarze korzystają ze szpitala jako miejsca, w którym leczą swoich stałych pacjentów i tym samym uzyskują indywidualny dochód. Cele tych grup podmiotów są nie tylko skomplikowane ale i często rozbieżne, jednakże wszystkie te cele mogą być zrealizowane wyłącznie dzięki działalności usługowej szpitala. Modele wymiany starają się właśnie bliżej rozpatrzeć i wyjaśnić konflikt celów podmiotów korzystających z rezultatów działalności usługowej szpitala.

Wśród modeli wymiany wyróżnić można modele maksymalizujące korzyści lekarzy, modele wymiany ogólnej oraz modele wymiany „zarządzający–administrator".

Przykładem modelu maksymalizującego korzyści lekarzy jest model skonstruowany przez M. V. Pauly'ego i M. Redisch'a[34]. Autorzy tego modelu wychodzą z założenia, że szpital jest wprawdzie powoływany zgodnie przez dwie grupy, tj. lekarzy i zarządzających (członków społecznych rad szpitala, reprezentujących jak gdyby zbiorowego właściciela tego szpitala) dla realizacji celów tych właśnie grup ale dochody z działalności szpitala osiągają wyłącznie lekarze a nie zarządzający szpitalami. Powstaje w związku z tym pytanie, z jakich względów i do jakich granic zarządzający szpitalami skłonni są w tych warunkach akceptować koszty funkcjonowania szpitali.

Zarządzający dostarczają bezprocentowo kapitału niezbędnego dla finansowania szpitala w interesie konsumentów usług szpitalnych, tj. pacjentów i sankcjonują jak gdyby wobec właścicieli szpitali (tj. władz lokalnych, zakładów ubezpieczeń itp.) koszty działalności szpitala. W omawianym modelu jego autorzy nie rozpatrują jednak bliżej tego zagadnienia, koncentrując się na wyjaśnieniu zachowań lekarzy dążących do maksymalizacji swojego indywidualnego dochodu. Usługi szpitalne, będące produktem działalności szpitala, mają kompleksowy i złożony charakter. Lekarze starają się włączyć do zakresu tego łącznego produktu działalności szpitala jak najwięcej własnych usług po to aby osiągnąć możliwie najwyższe dochody indywidualne.

Dla rozwiązania konfliktu celów, jaki istnieje między interesem medycznym reprezentowanym przez lekarzy a interesem ekonomicznym reprezentowanym przez administratorów kierujących operatywną działalnością szpitala skonstruowany został przez J. M. Buchanana i C. M. Lindaya tzw. model równowagi ogólnej[35]. W występującej w szpitalu swego rodzaju dwuwładzy lekarzy i administratorów, lekarze osiągnęli w procesach decyzyjnych, zdaniem autorów omawianego modelu, autonomiczną pozycję we właściwej im roli osób bezpośrednio świadczących usługi szpitalne. Stąd też w procesach decyzyjnych podejmowanych w szpitalu właśnie lekarze odgrywają dminującą rolę. Ponieważ lekarze nie mają bodźca do obniżki kosztów funkcjonowania szpitala, koszty szpitali szybko rosną. W ten właśnie sposób autorzy omawianego modelu tłumaczą nieefektywność szpitala jako jednostki gospodarczej i eksplozję kosztów opieki zdrowotnej. Zjawisko eksplozji kosztów opieki zdrowotnej występujące w większości krajów świata charakteryzuje się tym, że zasadniczym czynnikiem ogromnego wzrostu kosztów jest głównie wzrost kosztów opieki szpitalnej.

Innym modelem wymiany, podchodzącym do problemu z innego punktu widzenia, jest model K. Clarksona[36]. Model ten skupia się na różnicach jakie występują w zachowaniu podmiotów korzystających z rezultatów działalności szpitali nastawionych na zysk – właścicielach i administracji a pomija lekarzy. Ta część omawianego modelu, która dotyczy szpitali

[34] M. V. Pauly, M. Redisch, *The Not–for–Profit Hospital as a Physicians Cooperatives*, American Economic Review, March 1973 nr 63, s. 87–100.

[35] J. M. Buchanan, C. M. Lindsay, *Financing of Medical Care in the United States*, w: *Health Services Financing*, London B. M. A. 1979, s. 549 i nast.

[36] K. Clarkson, *Some Implications of Property Rights in Hospital Menagemant*, Journal of Law Economice October 1972, nr 13, s. 363–376.

nie nastawionych na zysk mogłaby – jak się wydaje – być pomocna w zrozumieniu funkcjonowania szpitala w naszych warunkach. Analiza modelu prowadzi do wniosku, że administratorzy szpitala maksymalizują własne korzyści w większym stopniu aniżeli zarządzający tymi szpitalami.

3.2.2. Metody finansowania szpitali

(1) Finansowanie podmiotowe szpitala polega na pokrywaniu odrębnie wydatków każdego konkretnego szpitala z funduszów zewnętrznych (najczęściej społecznych)[37]. Przy tej metodzie finansowania szpitala wydatki określone są każdorazowo *ex ante*, jakkolwiek z funduszów zewnętrznych (głównie społecznych) są ostatecznie pokrywane wydatki rzeczywiście poniesione. Ze względu na sposób określania wydatków *ex ante* można wyróżnić: finansowanie podmiotowe szpitala z zastosowaniem regulowania struktury wydatków szpitala oraz finansowanie podmiotowe szpitala z zastosowaniem regulowania ogólnej wielkości wydatków (budżetu globalnego) szpitala.

Pierwsza z tych metod, tj. finansowanie podmiotowe z zastosowaniem regulowania poziomu i struktury wydatków szpitala, jest szeroko rozpowszechnione a ich regulowanie odbywa się corocznie w toku planowania budżetowego, najczęściej przy użyciu norm budżetowych i wskaźników budżetowych jako regulatorów poziomu i struktury wydatków szpitala. Zarówno normy wydatków szpitala jako normy budżetowe oraz powiązane z tymi normami wskaźniki budżetowe służą określeniu rozmiarów, struktury i standardu działalności szpitala, przy czym stopień ich szczegółowości oraz znaczenie jakie przywiązuje się do rygorystycznego przestrzegania wysokości norm budżetowych przesądzają o tym, jak daleko idące jest regulowanie struktury wydatków szpitala.

Omawiany system finansowania szpitala wymaga stworzenia precyzyjnych mierników działalności usługowej szpitala oraz odpowiedniej rozbudowy rachunku kosztów szpitala jako podstawy szczegółowych norm wydatków szpitala. Okazuje się, że nie jest to łatwe.

Poszukiwania mierników działalności usługowej szpitala, podejmowane w różnych krajach, w których znajduje zastosowanie omawiana metoda finansowania szpitali, nie przyniosły zadawalającego wyniku, gdyż poszukiwania te stale prowadzą do ustalania tych samych, od lat krytykowanych, mierników, takich jak liczba łóżek, liczba osobo–dni leczenia, liczba hospitalizowanych[38]. Każdy z tych mierników – jak wynika z doświadczeń praktyki – posiada liczne wady, osłabiające jego znaczenie, jako podstawy norm wydatków szpitala. Przy założeniu niezmienności reguł zasilania finansowego szpitala można co najwyżej zastępować jedynie mierniki innymi, co przynosi wyłącznie ten skutek, że następuje zmiana sposobów przejawiania się licznych słabych stron tej metody finansowania szpitali.

W szczególnie jaskrawej formie jest to widoczne przy wykorzystywaniu tych mierników dla ustalania wydatków na leki używane w szpitalu. Otóż w przypadkach wiązania regulowania wydatków na leki zużywane w szpitalu z liczbą osobo–dni leczenia nagminną praktyką jest przedłużanie pobytu chorych w szpitalu ponad potrzebę wynikającą z procesu leczenia po to, aby móc stosować droższe leki nie możliwe do stosowania przy danym poziomie normy wydatków szpitala na leki, co w oczywisty sposób może prowadzić i najczęściej prowadziło do nieracjonalności a nawet marnotrawstwa[39]. Zmiana podstawy ustalenia norm wydatków szpitala na leki, polegająca na zastąpieniu tego miernika przez miernik liczby osób hospitalizowanych niewiele zmienia. Po to, aby móc stosować droższe leki, niemożliwe do

[37] Problematyka finansowania podmiotowego wszelkich jednostek państwowych rozpatrywana jest najwnikliwiej w: Z. Pirożyński, *Założenia finansowania jednostek nieprodukcyjnych*, Studia Finansowe 1977 nr 24, s. 5–45.

[38] J. Chechliński, *Gospodarka finansowa ochrony zdrowia i opieki społecznej – punkty wyjścia i założenia reformy*, Finanse 1988 nr 4, s. 2; M. Nieduszyński, *Mierniki w urządzeniach socjalnych i kulturalnych*, Finanse 1976 nr 10; L. Swatler, *Finanse w polityce gospodarczej i społecznej państwa*, PWE Warszawa 1979, s. 198 i nast.

[39] R. Wiciński, *Propozycje w sprawie zasad finansowania działalności szpitali*, Zdrowie Publiczne 1971 nr 11; T. Sardakowski, *Zmiana systemu finansowania bodźcem intensyfikacji pracy w szpitalnictwie*, Zdrowie Publiczne 1971 nr 10; A. Dowgird i inni, *Propozycje zmian sposobu finansowania szpitali*, Zdrowie Publiczne 1971 nr 9; A. Lipiński, Z. Reysner, *Pozainwestycyjne źródła bazy szpitalnej*, Zdrowie Publiczne 1972 nr 10.

stosowania przy danym poziomie normy wydatków szpitala na leki, rozpowszechnia się hospitalizację błahych przypadków (przy których leczeniu nie są wymagane zbyt kosztowne leki) i nawet także formalne wypisywanie i ponowne przyjmowanie do szitala chorych (zwiększenie liczby osób hospitalizowanych zwiększa tym samym sumę wydatków na leki)[40]. Ważny dla gospodarki szpitala problem regulowania spożycia leków okazał się niemożliwy do rozwiązania z wykorzystaniem norm i wskaźników budżetowych. Można tu dodać, że problem ten traci znaczenie w warunkach ograniczonej podaży leków.

(2) Postęp w doskonaleniu systemu finansowania podmiotowego z zastosowaniem regulowania struktury wydatków szpitala upatruje się niekiedy w możliwościach wykorzystania metod ststystycznych w powiązaniu z rozwojem elektronicznej techniki obliczeniowej a zwłaszcza komputeryzacji. Próbuje się mianowicie dokonać identyfikacji czynników oddziaływujących na poszczególnego rodzaju wydatki szpitala przy pomocy metod statystycznych, starając się przy tym przeprowadzić pomiar siły wpływu każdego ze zidentyfikowanych czynników na poziom poszczególnego rodzaju wydatków szpitala. Przyjmuje się przy tym założenie liniowej zależności między szczegółową normą budżetową a czynnikami ją wyznaczającymi. Jest to, upraszczające założenie ale pozwala ono stosunkowo łatwo posłużyć się analizą korelacji i regresji dla potrzeb ustalenia norm poszczególnego rodzaju wydatków szpitala.

Próbę adaptacji analizy korelacji i regresji dla potrzeb finansowania szpitali podjęto w szerokim zakresie w Czechosłowacji[41]. Przy pomocy analizy korelacji i regresji starano się ustalać wydatki na leki, matriały opatrunkowe i pozostałe wydatki rzeczowe w rozmaitych szpitalach, stosując przy tym funkcję typu $Y = a + b \sin x$ oraz funkcję typu $Y = a + bx + cx^2 + dx^2 + ex^2$. Oparcie na tej podstawie finansowania szpitali okazało się jednak niemożliwe i odstąpiono od prób praktycznego zastosowania metod statystycznych dla potrzeb finansowania szpitali.

We wszystkich krajach, w których system finansowania podmiotowego z zastosowaniem regulowania struktury wydatków szpitala znajduje zastosowanie, jest on przedmiotem krytyki jako nieskuteczny i przy tym pracochłonny i nie tylko nie sprzyjający podnoszeniu efektywności leczenia szpitalnego lecz wręcz powodujący marnotrawstwo zasobów.

(3) Jako odrębną metodę finansowania szpitala można rozpatrywać finansowanie podmiotowe z zastosowaniem regulowania wydatków ogólnych (budżetu globalnego) szpitala. Przy zastosowaniu tej metody finansowania odrębnemu ustaleniu *ex ante* podlegają wydatki każdego pojedynczego szpitala oddzielnie, jednakże bez użycia systemu szczegółowych norm tych wydatków i szczegółowo ujętych miar czy wskaźników działalności usługowej szpitala. Powoduje to, że wydatki szpitala są ustalane uznaniowo i w zasadzie na dowolnym poziomie przez dysponenta funduszów, z których szpital jest finansowany.

Podstawę ustalania wydatków szpitala stanowić może, przy zastosowaniu tej metody finansowania w jej bardziej zobiektywizowanej odmianie – zakwalifikowanie szpitala do odpowiedniej grupy (klasy, typu) szpitala, wyodrębnionej przy użyciu określonego zespołu kryteriów, a w innej odmianie tej metody finansowania ustalenia norm ogólnych wydatków szpitala, a więc norm odnoszących się do globalnej sumy wydatków szpitala, w powiązaniu z agregatową miarą działalności usługowej szpitala. Propozycja zastosowania tej metody w pierwszej z wymienionych wyżej odmian pojawiła się w Polsce w ostatnio prowadzonych dyskusjach nad reformą ekonomiczną w opiece zdrowotnej[42], a postulat zastosowania tej metody w drugiej z wymienionej z odmian, przewidującej użycie norm ogólnych, był już dość dawno wysuwany w literaturze[43]. Wydaje się, że powodzenie w praktycznym zastosowaniu tej metody finanswania, i to niezależnie od przyjętej odmiany tej metody, zależy od możliwości

[40] J. Sobiech, *Kierunki przebudowy metod finansowania ochrony zdrowia, wyd. cyt.*, s. 225.

[41] P. Zadina, *Vynziti regresni a korelancni analyzy pri planovani wecnych naklady niemocnic*, Finance a Uver 1974 nr 3.

[42] W propozycji S. Zielińskiego, K. Tymowskiej i T. Parchimowicza pt.: *Projekt reformy systemu opieki zdrowotnej i społecznej*, MZiOS, Warszawa marzec 1988.

[43] J. Sobiech, *Kierunki przebudowy metod finansowania ochrony zdrowia, wyd. cyt.*, s. 226 i nast.

stworzenia odpowiednich norm ogólnych i od możliwości skonstruowania odpowiednio agregatywnego miernika usług szpitala.

Wiążą się z tym poszukiwania sposobów obiektywizacji wydatków szpitala dla potrzeb zastosowania tej metody finansowania. Poszukiwania te, idące zarówno w jednym, jak i drugim kierunku, są prowadzone w rozmaitych krajach, ale nie doprowadziły jak dotąd nigdzie do znalezienia zadowalającego rozwiązania. W zakresie skonstruowania agregatowo ujmowanego miernika usług szpitala prowadzą one do wyboru tzw. statystycznego hospitalizowanego jako poszukiwanego miernika usług szpitala, przy czym dyskusje sprowadzają się tu do wyboru wag mających umożliwić przeliczenia liczby osób rzeczywiście hospitalizowanych na liczbę statystycznych hospitalizowanych.

(4) Ustalanie norm ogólnych wymaga budowy i rozbudowy rachunków kosztów (zwłaszcza jednostkowych) w szpitalu. Koszty szpitala powinny być przy tym ujmowane w układzie kalkulacyjnym, w przekroju realizowanych zadań i miejsc powstania kosztów. Pozwalałoby to właśnie na wykorzystywanie norm ogólnych, opartych na rachunku kosztów, jako instrumentów kształtowania planowego i bieżącego zapotrzebowania finansowego szpitala, przy zastosowaniu metody finansowania podmiotowego z regulowaniem wydatków ogólnych (budżetu globalnego) szpitala. System norm ogólnych zastępowałby więc normy szczegółowe, nie zmieniając jednakże samej metody finansowania szpitala, którą pozostawałaby metoda finansowania podmiotowego, bez możliwości szczegółowego regulowania z zewnątrz struktury wydatków szpitala.

Normy ogólne powinny być różnicowane przedmiotowo i podmiotowo oraz powinny uwzględniać różnice w zakresie materialnego wyposażenia szpitala i w jego strukturze organizacyjnej (a zwłaszcza w strukturze oddziałowej szpitala), co wymaga właśnie grupowania szpitali w klasy czy typy. Wielość kryteriów tego grupowania może prowadzić do znacznej nawet indywidualizacji przy zastosowaniu tej metody finansowania szpitala co czyni wątpliwym możliwość jakiejś próby obiektywizacji finansowania. W każdym jednak razie tę metodę finansowania działalności szpitala cechuje pewna elastyczność w porównaniu z metodą finansowania podmiotowego przy zastosowaniu regulowania struktury wydatków szpitala. Można przy tym – tak się przynajmniej wydaje – uzyskać pewien stopień elastyczności finansowania szpitala jeżeli normom ogólnym nada się charakter norm minimalnych i maksymalnych. Norma minimalna byłaby normą zapewniającą minimum środków na prowadzenie działalności usługowej szpitala, a norma maksymalna byłaby wielkością kierunkową czyli pułapem, którego przekroczenie nie byłoby możliwe, gdyż nie zostałoby ono sfinansowane z funduszów zewnętrznych. Trudno jednoznacznie stwierdzić, jakie byłyby możliwości zastosowania omawianej tutaj metody finansowania szpitala w praktyce a zwłaszcza czy udałoby się uniknąć przetargu przy podejmowaniu ostatecznych decyzji dotyczących pokrycia rzeczywistych wydatków szpitala.

(5) Metoda finansowania przedmiotowego szpitala stanowi skonkretyzowaną właśnie dla szpitala formę przedmiotowego finansowania budżetowego, postulowanego od wielu lat dla ogółu urządzeń i instytucji państwowych funkcjonujących w sferze usług społecznych. Przedmiotowe finansowanie budżetowe polega według jego założeń na zakupie przez państwo ze środków budżetowych usług u podmiotów te usługi wytwarzających[43]. Jako przedmiotowe finansowanie budżetowe rozpatruje się niekiedy upraszczająco finansowanie instytucji usługowych według norm ogólnych kosztów (czy nawet częściej ogólnych norm wydatków), a więc omówioną już metodę finansowania podmiotowego z zastosowaniem regulowania wydatków ogółem szpitala. Nie wydaje się to jednak uzasadnione, w tym ostatnim przypadku mamy co najwyżej połączenie finansowania podmiotowego z przedmiotowym[45]. Podstawową zaletę finansowania przedmiotowego upatruje się w autonomii finansowej jaką – jak się zakłada

[44] Z. Pirożyński, *Założenia systemu finansowania jednostek nieprodukcyjnych*, Studia finansowe 1977 nr 24, s. 15 i nast.
[45] J. Sobiech, *Kierunki przebudowy metod finansowania ochrony zdrowia*, *wyd. cyt.*, s. 227.

– mogłyby posiadać instytucje usługowe finansowane z zastosowaniem metody finansowania przedmiotowego[46]. Szpital, którego działalność finansowana byłaby tą metodą, miałby swobodę w dysponowaniu środkami, których rozmiary uzależnione byłyby od rozmiarów jego działalności usługowej. Oczywiście, autonomia finansowania nie jest tu rozpatrywana jako zaleta sama w sobie ale jako możliwość pewnej racjonalizacji działalności usługowej szpitala. Uważa się mianowicie, że dzięki zastosowaniu finansowania przedmiotowego pojawia się możliwość włączenia elementów motywacyjnych w system ekonomiczno–finansowy szpitala finansowanego tą metodą.

Przyjmuje się, że omawiana tu metoda finanowania szpitala stwarza warunki do maksymalizacji działalności usługowej oraz do jak najpełniejszego wykorzystania zdolności usługowych szpitala[47]. Przedmiotowe finansowanie szpitala ma i tę praktyczną zaletę, że umożliwia równoczesne jego finansowanie z wielu źródeł (np. budżetu centralnego, budżetów lokalnych, funduszów ubezpieczeniowych a nawet dochodów ludności) oraz umożliwia pacjentowi, korzystającemu z nieodpłatnego leczenia szpitalnego, nieskrępowany wybór szpitala bez względu na jego podporządkowanie czy terytorialne położenie[48]. Można wymienić i inne jeszcze zalety finansowania przedmiotowego o bardziej już technicznym charakterze. Wszystkie te zalety czynią finansowanie przedmiotowe niezwykle atrakcyjnym, jednakże możliwość praktycznego zastosowania tej metody finansowania wymaga spełnienia szeregu trudnych do osiągnięcia warunków.

(6) Zasadniczym warunkiem, którego spełnienie jest niezbędne dla możliwości praktycznego zastosowania finansowania przedmiotowego jest rozwiązanie problemu ustalania cen rozliczeniowych, po jakich usługi byłyby zakupywane. Ustalenie cen rozliczeniowych za usługi szpitalne wymaga: określenia mierników zróżnicowanych „asortymentowo" usług szpitala, określenia kosztów jednostkowych tych usług (*ex ante* i *ex post*) oraz rozwiązania problemu ujednolicenia bądź zróżnicowania cen rozliczeniowych za takie same (lub podobne) usługi świadczone przez różne szpitale*. Rozwiązanie każdego z postawionych tu problemów jest trudne i możliwe jedynie w stosunkowo wąskim zakresie i to tylko w odniesieniu do usług standardowych czy też dających się zunifikować, gdyż w przypadku pozostałych usług będzie w praktyce musiało każdorazowo dojść do pokrycia rzeczywistych kosztów ich świadczenia bez względu na poziom tych kosztów.

Ważnym, wymagającym rozwiązania przy praktycznym stosowaniu metody finansowania przedmiotowego szpitala, problemem jest ustalenie podmiotu, który ma ustalać cenę rozliczeniową za usługi szpitalne. Podmiotem tym nie może być sam szpital, gdyż z natury rzeczy zaintresowany byłby maksymalizacją ceny swych usług. Podmiotem tym nie powinien być także dysponent funduszu, z którego pokrywana miałaby być cena rozliczeniowa, gdyż z natury rzeczy zaintresowany byłby minimalizacją ceny rozliczeniowej. Jednakże żaden z tych podmiotów, tj. ani szpital ani dysponent funduszu, nie powinien być pozbawiony wpływu na poziom ceny rozliczeniowej a to dlatego że szpital musi doprowadzić do pełnego pokrycia poniesionych kosztów (przy założonym poziomie jakości usług szpitalnych) a dysponent funduszu, z którego finansowane są usługi szpitalne, jest ograniczony wysokością tego funduszu, a zwłaszcza zasobnością budżetu.

Rozważania te nieodparcie prowadzą do wniosku, że cena rozliczeniowa powinna powstawać w wyniku „przetargu", co pozbawia jednak znaczenia niektóre z zalet finansowania przedmiotowego szpitala tym bardziej, że rozstrzygające znaczenie zawsze mieć będzie zasobność funduszów, z jakich działalność szpitala jest finansowana (przy znanych

[46] S. Owsiak, *Metody budżetowania sfery nieprodukcyjnej*, Kraków 1983, s. 158 i nast.

[47] Z. Pirożyński, *tamże*,s. 16.

[48] J. Sobiech, *tamże*,s. 228; S. Golinowska, K. Tymowska, *Kierunki reformy gospodarczej w sferze usług społecznych*, w: praca zbiorowa pod red. A. Łukaszewicza, *Usługi społeczne*, PWE Warszawa 1984, s. 77 i nast.

* K. Szwemberg, *Koszty jednostkowe jako podstawa cen rozliczeniowych szpitala ZOZ*, Zdrowie Publiczne 1989 nr 7–8, s. 367–372; E. J. Lusk, J. G. Lusk, *Financial and Managerial Control. A Health Care Perspective*, German–town Maryland, 1979, s. 347 i nast.

możliwościach różnicowania jakości opieki szpitalnej). Można by w związku z tym poszukiwać jakiegoś w miarę niezależnego arbitra(np. społeczną radę zdrowia, radę nadzorczą szpitala itp.), który mógłby mieć ostateczny głos w sprawie poziomu ceny rozliczeniowej. Raz jeszcze okazuje się, że pewne wspólne problemy o charakterze ekonomiczno–finansowym muszą być rozwiązane niezależnie od tego jaka metoda znajdzie zastosowanie dla finansowania szpitala.

(7) Wydaje się, że poza postawionymi wyżej dosyć zasadniczymi problemami, wiążącymi się z zastosowaniem finansowania przedmiotowego szpitala, warto zająć się tu także problemami bardziej technicznymi, których rozwiązanie jest niezbędne dla wdrożenia tej metody do praktyki. Wśród tych ostatnich problemów najważniejsze to stworzenie odpowiedniej podstawy informacyjnej dla rachunku kosztów i planowania finansowego w poszczególnego rodzaju szpitalach oraz dobór odpowiednich i to w miarę możliwości zobiektywizowanych mierników, które mogłyby być wykorzystane jako mierniki kosztów jednostkowych[49]. Ważnym problemem techniczno–finansowym jest także opracowanie takiego modelu planowania finansowego, który łączyłby planowanie finansowe z planowaniem działalności usługowej (planowaniem rzeczowym) oraz gwarantowałby realność planowania a także jego użyteczność. Finansowanie przedmiotowe wymaga planowania działań szpitala; należałoby zwłaszcza *ex ante* dokonać oceny wyboru możliwości najkorzystniejszego wykorzystania zdolności usługowych szpitala. Model takiego planowania jest zasadniczo odmienny od modelu planowania właściwego dla finansowania podmiotowego szpitala.

Stworzenie odpowiedniej podstawy informacyjnej wymaga właściwego systemu rachunkowości szpitalnej, ewidencji i sprawozdawczości a także odpowiedniej klasyfikacji budżetowej (przy założeniu że finansowanie przedmiotowe rozpatrujemy jako odmianę finansowania budżetowego). Chodziłoby zwłaszcza o rozwinięcie tzw. budżetowej klasyfikacji funkcjonalnej i doprowadzenie jej bezpośrednio do instytucji usługowych tj. w tym wypadku do szpitala[50].

Dobór mierników, które najlepiej mogłyby służyć jako nośniki kosztów jednostkowych jest wyjątkowo skomplikowany w całej sferze usług społecznych[51], a w usługach szpitalnictwa ze względu na wyjątkowo zindywidualizowany charakter zaspokajanych przy użyciu tych usług potrzeb wydaje się szczególnie trudny. Można znaleźć rozmaite propozycje kierunków, w jakich należałoby poszukiwać właściwego sposobu doboru odpowiednich mierników. Jednym z najprostszych jest poszukiwanie związków korelacyjnych między możliwymi do stosowania miernikami a kosztami, z eliminowaniem mierników, dla których związki te są najsłabsze z pozostawieniem mierników, dla których związki te są najsilniejsze.

(8) Stosowanie metody finansowania przedmiotowego szpitala jako wyłącznej metody finansowania tej instytucji opieki zdrowotnej wydaje się nie tylko trudne ale i niedostatecznie przekonująco uzasadnione. Skłania to do rozważenia możliwości i potrzeby łączenia pewnych elementów finansowania podmiotowego z finansowaniem przedmiotowym, uzasadnione zwłaszcza ze względu na konieczność zachowania przez szpital stałej gotowości do świadczenia usług. Dlatego wymagają rozważenia takie odmiany finansowania przedmiotowego szpitala, które są w zasadzie próbami połączenia finansowania podmiotowego z finansowaniem przedmiotowym. Trzeba tutaj zwłaszcza rozpatrzeć możliwość finansowania kosztów stałych szpitala metodą finansowania podmiotowego a kosztów zmiennych szpitala metodą finansowania przedmiotowego, co stanowi w istocie odrębną już metodę finansowania szpitala.

Finansowanie kosztów stałych szpitala następuje w tym przypadku uznaniowo przy pomocy dotacji globalnej, której wysokość zależy od zaliczenia danego szpitala do odpowiedniej grupy i do odpowiedniego typu wg takich kryteriów klasyfikacyjnych, jak szczebel organizacyjny,

[49] J. Chechliński, *Wiodąca rola mikroekonomicznego rachunku kosztów zmiennych*, w: *Rachunek kosztów w sferze niematerialnej – metodologia, wynik badań*, Wyd. UŁ. Łódź 1986, s. 158–165.

[50] W. Goronowski, *O funkcjonalnej klasyfikacji wydatków budżetowych*, Finanse 1973 nr 5.

[51] K. Kietlińska, K. Piotrowska–Marczak, *Model rachunku kosztów zmiennych i stałych w sferze niematerialnej i jego specyfika*, w: *Rachunek kosztów w sferze niematerialnej...*, *wyd. cyt.*, s. 19 i nast.; M. Mikulski, *Rachunek kosztów i planowanie usług społecznych: bariery, uwarunkowania, propozycje metodologiczne*, w pracy zbiorowej pod red. J. Chechlińskiego, *Finansowanie świadczeń społecznych*, *cyt. wyd.*, s. 99 i nast.

zakres świadczeń, jakość świadczeń, wykorzystanie możliwości diagnostycznych i leczniczych oraz warunki leczenia. Natomiast finansowanie kosztów zmiennych szpitala następuje przy zastosowaniu odpowiednio skonstruowanych cen rozliczeniowych, których poziom zależy od zakresu rzeczywistych rozmiarów działalności usługowej szpitala wyrażonych przy pomocy odpowiednich mierników. Głównym problemem staje się tutaj określenie stosunkowego znaczenia każdej z tych metod finansowania w ekonomice szpitala oraz podział kosztów na stałe i zmienne, a zwłaszcza ilościowe proporcje między kosztami stałymi i kosztami zmiennymi.

Inną możliwość łączenia finansowania przedmiotowego z podmiotowym stanowi wykorzystanie tej metody do pewnych tylko fragmentów działalności szpitala a więc do takich jego działów, jak przykładowo działy gospodarcze, z pozostawieniem finansowania podmiotowego do innych fragmentów działalności szpitala, a więc przykładowo dodziału pielęgnacji chorych czy działu diagnostyczno–leczniczego.

Próbę – nieudaną zresztą – praktycznego zastosowania tego rodzaju finansowania szpitali przeprowadzono w NRD w postaci tzw. *Leistungsfinanzierung*[52]. Metodę budżetowego finansowania przedmiotowego stosowano w NRD w odniesieniu do kuchni szpitalnych i pralni szpitalnych a metodę budżetowego finansowania podmiotowego stosowano w odniesieniu do pozostałych a więc podstawowych rodzajów działalności szpitala.

Metoda finansowania przedmiotowego szpitala jest bardzo pociągająca przy pobieżnym jej rozpatrywaniu. Natomiast bardziej skonkretyzowane propozycje jej zastosowania budzą już znaczne wątpliwości ze względu na trudności, jakie napotyka zastosowanie tej metody w praktyce. Ważniejsze z trudności zastosowania tej metody w praktyce to problemy związane z wyodrębnieniem jednostki usługi szpitalnej, brak możliwości chociażby przybliżonej obiektywizacji oceny jakości usług szpitalnych, a także brak mechanizmu rynkowego, utrudniający racjonalizację ceny rozliczeniowej (należy tutaj dodać, że łatwiej jest zastosować finansowanie przedmiotowe w tych krajach, w których – poza szpitalami finansowanymi z funduszów społecznych – istnieją szpitale działające według zasad rynkowych, gdyż w takich warunkach łatwiej jest ustalić prawidłową cenę rozliczeniową), oraz regulację na zapotrzebowanie na usługi szpitalne (brak nawet możliwości zastąpienia mechanizmu rynkowego przez reglamentację właściwą finansowaniu podmiotowemu szpitala). Wydaje się, że o możliwościach praktycznego zastosowania metody finansowania przedmiotowego szpitala, poza wymienionymi trudnościami, jakie należy pokonać, zadecyduje nie tylko system kierowania opieką zdrowotną, ale i takie czynniki realne, jak wielkość szpitala, stopień zaspokojnia zapotrzebowania na usługi szpitalne itp.

(9) Szczególną metodę finansowania szpitali stanowi, zastosowana po raz pierwszy w USA i następnie rozwinięta w innych krajach, metoda finansowania w oparciu o „diagnosis related groups" (DRG)[53]. Metoda ta opiera się na kilku złożeniach ograniczających swobodę w postępowaniu lekarskim w większym stopniu niż to czynią inne metody finansowania szpitali. Zgodnie z regułami tej metody pacjenci przydzieleni są na podstawie protokołu medycznego do grup diagnostycznych o ściśle określonych technologiach leczenia i tym samym o ściśle określonych kosztach leczenia.

Praktyczne zastosowanie tej metody finansowania szpitala wymagało przyjęcia pewnych ostrych ale równocześnie upraszczających założeń. Przede wszystkim przyjęto założenie, że pacjenci szpitala mogą być jednoznacznie zakwalifikowani do jednej z uprzednio wyznaczonych grup diagnostycznych (ważne przy tym jest, że pacjent może trafić tylko do jednej grupy

[52] A. W. Zawadzki, *Próby zastosowania rachunku ekonomicznego w finansowaniu urządzeń komunalnych, socjalnych i administracji w NRD*, Finanse 1971 nr 8; J. Gurtz, M. Miller, *Finanse a polepszenie jakości usług i zwiększenie efektywności wykorzystania środków w sferze socjalno–kulturalnej w NRD*, Finanse 1974 nr 1; J. Chechliński, *Wielowymiarowa zmienność kosztów na tle doświadczeń NRD i USA*, w pracy zbiorowej pod red. J. Chechlińskiego, *Finansowanie świadczeń społecznych*, *wyd. cyt.*, s. 302 i nast.

[53] J. Indulski, M. Matulewicz, *Finansowanie szpitali w oparciu o metodę grup realcji diagnostycznych*, Finanse 1988 nr 2–3. Wykorzystuję jednak głównie inne niż w powyższym artykule doświadczenia ze stosowania tej metody tj. doświadczenia holenderskie P. F. Nederstigt, *Diagnosis Realated Groups: Een patientgeorienteerd Kosteninformatie – systeem*, Utrecht 1985.

diagnostycznej). Ponadto zakłada się, że każdy pacjent zakwalifikowany do określonej grupy diagnostycznej zużywa stałą i ściśle określoną wielkość zasobów szpitala tj. że zaliczanie do określonej grupy diagnostycznej przesądza jednoznacznie o technologii leczenia szpitalnego.

Wyższość tej metody finansowania szpitala w stosunku do innych możliwych do zastosowania metod ma się wyrażać zwłaszcza w szczególnie wysokiej efektywności wykorzystywania zasobów będących w dyspozycji szpitala. Kierownictwo szpitala ma bowiem możliwość takiego doboru pacjentów do szpitala, który to dobór gwarantuje maksymalizację stopnia wykorzystania zdolności usługowej i zasobów szpitala. Jest to związane ze sposobem kalkulacji opłaty za usługi szpitalne świadczone pacjentowi przypisanemu do określonej grupy diagnostycznej.

Kalkulacja opłaty za usługę jest w tej metodzie finansowania szpitali bardzo skomplikowana i zależy od kategorii szpitala oraz innych jeszcze czynników przesądzających o miejscu danego szpitala wśród innych szpitali finansowanych z zastosowaniem tej metody. Wysokość opłaty zależy ponadto od specjalnego systemu wag w poszczególnego rodzaju grupach diagnostycznych (DRG). Przeprowadzenie takiej kalkulacji wymaga zastosowania techniki komputerowej i sprowadza się w rezultacie każdorazowo do pokrycia kosztów danego szpitala w wysokości odpowiadającej relacji do średniego poziomu kosztów ogółu szpitali finansowanych z zastosowaniem tej metody.

Metoda grup diagnostycznych jest krytykowana głównie z tego względu, że silnie preferując wykorzystanie zdolności usługowych i zasobów szpitala zachęca do maksymalizacji liczby pacjentów wymagających szczególnie skomplikowanego leczenia a więc skierowanych do grup o wysokich kosztach leczenia. Pewne ograniczenie stwarza tu struktura zasobów szpitala, jednakże ze względów dochodowych struktura ta może być zmieniona poprzez inwestycje umożliwiające przyjmowanie do szpitala takich pacjentów, którzy gwarantują najkorzystniejszą strukturę „diagnosis related groups" z punktu widzenia opłacenia kosztów działalności szpitala. W każdym razie ta metoda finansowania szpitala zachęca wyraźnie szpitale do konkurowania między sobą oraz do przesuwania części potencjalnych pacjentów szpitala, których należałoby zakwalifikować do niżej opłacanych grup diagnostycznych, do ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

3.3. Systemy ekonomiczno—finansowe ambulatoryjnej opieki zdrowotnej

(1) Ambulatoryjna opieka zdrowotna nie ma jednorodnego charakteru. Można w jej ramach wyróżnić podstawową opiekę zdrowotną w miejscu zamieszkania (tzw. pierwszego kontaktu), podstawową opiekę zdrowotną w miejscu pracy i w miejscu nauki oraz specjalistyczną i wysoko specjalistyczną ambulatoryjną opiekę zdrowotną. Z ekonomiczno—finansowego ale także i medycznego punktu widzenia największe znaczenie ma podstawowa opieka zdrowotna w miejscu zamieszkania. Wynika to z wielkości zużywanych zasobów oraz ze znaczenia podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania w zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych ludności. Wszystko to powoduje, że problematyka ekonomiczno—finansowa tej właśnie sfery opieki zdrowotnej ma szczególne, niejako modelowe dla całej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej znaczenie oraz jest przedmiotem szczególnego zainteresowania, a także stanowi przedmiot dyskusji oraz kontrowersji. Stąd też stosowane w jej ramach rozwiązania ekonomiczno—finansowe stanowią — jak się wydaje — dogodny punkt wyjścia dla rozważenia konstrukcji systemów ekonomiczno—finansowych możliwych do zastosowania dla całej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

Kryterium pozwalającym na przeprowadzenie klasyfikacji możliwych sposobów ekonomiczno—finansowych ambulatoryjnej opieki zdrowotnej stanowi sposób zasilenia finansowego instytucji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz najczęściej z tego sposobu wynikająca reguła określająca wynagradzanie lekarzy. Zgodnie z tym kryterium wyróżnić można systemy ekonomiczno—finansowe ambulatoryjnej opieki zdrowotnej uzależniające zasilenie finansowe od ilości i struktury świadczonych usług; systemy ekonomiczno—finansowe ambulatoryjnej opieki zdrowotnej uzależniające zasilanie finansowe od liczby stałych pacjentów (przy oczywistym w tym przypadku założeniu swobody wyboru poprzez pacjenta zarówno instytucji

ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, jak i lekarza, z którego opieki pacjent chciałby korzystać) oraz systemy ekonomiczno–finansowe ambulatoryjnej opieki zdrowotnej stosowane w warunkach rejonizacji tej opieki, a więc z zastosowaniem planowej regulacji usług opieki zdrowotnej.

Zasady wynagradzania lekarzy w każdym z podanych wyżej systemów ekonomiczno–finansowych ambulatoryjnej opieki zdrowotnej są inne. I tak wyróżnić można odpowiednio dla każdego z tych systemów wynagrodzenie akordowe, wynagrodzenia opcyjne oraz wynagradzanie na zasadach stałej płacy[54].

(2) Instytucje ambulatoryjnej opieki zdrowotnej – w przypadku zastosowania systemu uzależniającego zasilanie finansowe od ilości i struktury świadczonych usług opieki zdrowotnej – są na ogół ujęte w proste formy organizacyjne, tj. gabinetów lekarskich bądź niedużych 2–3 osobowych zespołów lekarskich, udzielających rozmaitych porad pacjentom zgłaszającym się do gabinetów i zespołów lekarskich w trosce o własne zdrowie. Występuje przy tym najczęściej wielość źródeł finansowania świadczonych usług opieki zdrowotnej, a więc pacjenci mogą płacić za uzyskane usługi z własnych dochodów, opłaty za usługi mogą być ponoszone w zamian za pacjentów przez rozmaite instytucje ubezpieczeniowe czy samorządy terenowe z budżetów lokalnych. W warunkach zastosowania systemu uzależniającego zasilanie finansowe instytucji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej od ilości i struktury świadczonych usług opieki zdrowotnej szczególne znaczenie mają sposoby ustalania cen (opłat) za usługi. Ceny ustalane są dosyć dowolnie, przy czym istnieją na ogół występujące równolegle obok siebie cenniki państwowe i samorządowe oraz cenniki ubezpieczeniowe a zdarza się także, że sami lekarze ustalają ceny za świadczone przez siebie usługi opieki zdrowotnej.

Omawiany tu system jest przedmiotem krytyki, głównie ze względu na wyjątkowe uzależnienie pacjentów w chorobie oraz niedostosowanie działalności usługowej do potrzeb zdrowotnych ludności[55]. System ten powoduje – jak się uważa – nadmierny i niekontrolowany wzrost kosztów opieki zdrowotnej. Jest to związane z tym, że zainteresowany materialnie lekarz decyduje o tym, jaki stosować rodzaj i jaką intensywność leczenia oraz jakiego rodzaju badania diagnostyczne należy przeprowadzić. Może to powodować istotne deformacje w strukturze świadczonych usług opieki zdrowotnej, a zwłaszcza w nieznanym w innych systemach udziale kosztownych operacji chirurgicznych.

Wskazuje się dosyć powszechnie, że w tych krajach, w których zastosowano system uzależniający zasilanie finansowe instytucji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej od ilości i struktury świadczonych usług zdrowotnych, koszty opieki zdrowotnej wzrosły wyjątkowo silnie. Wszelkie próby, podejmowane zwłaszcza przez instytucje ubezpieczeniowe, ograniczania czy wręcz nawet hamowania kosztów, nie były udane. Próby te sprowadzały się najczęściej do wprowadzania cenników uzgodnionych między lekarzami a towarzystwami ubezpieczeniowymi czy też nawet rządem. Jednakże w praktyce cenniki te nie były respektowane przez lekarzy, którzy starali się bądź pobierać wyższe od cennikowych opłaty bądź też mnożyli liczbę porad, tj. zamiast jednej porady wystarczającej z medycznego punktu widzenia, udzielali kilku porad, co wpłynęło na rozliczenie ich wynagrodzenia z instytucją ubezpieczeniową, przy czym zjawisko to jest trudne do oceny, zwłaszcza jeżeli chodzi o jego skalę.

Omawiany system finansowania ambulatoryjnej opieki zdrowotnej jest negatywnie oceniany także i z tego względu, że zachęca do rozwijania badań laboratoryjnych ponad wszelką miarę[56]. Wynika to stąd, że instytucje ubezpieczeniowe skłonne są do bezproblemowego pokrywania kosztów usługi opieki zdrowotnej o ile fakt udzielenia porady jest udokumentowany, zwłaszcza dodatkowymi badaniami laboratoryjnymi. Innym zjawiskiem zaobserwowanym w USA – gdzie system uzależniający zasilanie finansowe instytucji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej od ilości i struktury świadczonych usług opieki zdrowotnej jest w szczególnie dużym zakresie stosowany

[54] W. Matuszkiewicz, *Współczesne modele podstawowej opieki zdrowotnej*, cz. I. Zdrowie Publiczne 1987 nr 9, s. 445–450; cz. II. Zdrowie Publiczne 1987 nr 11–12, s. 550–559.

[55] W. J. Stephen, *An Analysis of Primary Medical Care. An Internationale Study*, Cambrige University Press London 1979.

[56] W. Matuszkiewicz, *tamże*, s. 448.

– jest wzajemne przesyłanie sobie pacjentów przez lekarzy celem uzyskania konsultacji formalnie umotywowanych medycznie a faktycznie ze względów finansowych. Innym poważniejszym już zarzutem wobec omawianego systemu finansowania ambulatoryjnej opieki zdrowotnej jest brak ciągłości opieki zdrowotnej, ze względu na nieustanne poszukiwanie przez pacjentów najbardziej im odpowiadającego lekarza. Z czysto medycznego punktu widzenia natomiast właściwe jest posiadanie stałego lekarza pierwszego kontaktu a ciągłość opieki zdrowotnej jest uważana za jedną z najważniejszych cech współczesnych systemów opieki zdrowotnej.

Niewątpliwe zalety tego systemu finansowania ambulatoryjnej opieki zdrowotnej wyrażają się w wyjątkowej intensywności pracy personelu medycznego (a zwłaszcza lekarzy) ze względu na zawartą w tym systemie zachętę do maksymalizacji ilości usług opieki zdrowotnej (porad) oraz takiego doboru pacjentów ze względu na ich schorzenia, który pozwala maksymalizować dochód. System ten sprzyja ponadto właściwemu przestrzennemu rozmieszczeniu kadr lekarskich. Zalety te jednakże nie równoważą powodowanej przez ten system ekspansji kosztów opieki zdrowotnej, tym bardziej że równocześnie jest dyskusyjne, czy system ten dobrze służy zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych ludności.

(3) System ekonomiczno–finansowy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej uzależniający zasilanie finansowe odpowiednich instytucji usługowych od liczby stałych pacjentów został stworzony i najbardziej rozwinął się w Wielkiej Brytanii w ramach National Health Services (NHS)[57]. W ramach tego systemu zasilanie finansowe instytucji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej jest powiązane z ilością pacjentów zarejestrowanych w instytucjach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, sprawujących stałą opiekę nad tymi pacjentami. Zamiast zróżnicowanych opłat za świadczone usługi instytucji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej uzyskują stałe opłaty za każdego zarejestrowanego pacjenta, co przy swobodzie wyboru przez pacjentów zarówno poszczególnych instytucji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, jak i nawet lekarzy w tych instytucjach zatrudnionych, służyć ma rywalizacji o pacjenta drogą wysokiej jakości opieki zdrowotnej. Działalność instytucji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej zorganizowanych i działających na omawianych zasadach nie może się rozwijać bez akceptacji ze strony pacjentów.

Omawiany system jest szczególnie wysoko oceniany ze względu na stymulowanie stałej wysokiej jakości opieki lekarskiej oraz ze względu na zapewnienie ciągłości opieki medycznej. Ważną zaletą tego systemu jest także i to, że system ten powoduje właściwe i równomierne rozmieszczenie kadr medycznych (głównie lekarzy) oraz zachęca do wysokiej intensywności pracy, przy czym konkurencja między rozmaitego rodzaju instytucjami ambulatoryjnej opieki zdrowotnej i nawet poszczególnymi lekarzami ma długotrwały charakter w tym znaczeniu, że pozyskanie zaufania pacjentów wymaga czasu.

System ten nie może sprawnie funkcjonować i– jak się okazało w praktyce – bez dostosowania do tego systemu zasad opodatkowania dochodów osobistych lekarzy zatrudnionych w instytucjach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Zasady i konstrukcja tego opodatkowania ma w szczególności przeciwdziałać rejestrowaniu zbyt wielu pacjentów. W skrajnych warunkach wprowadza się nawet administracyjne limitowanie liczby stałych pacjentów przypadających na jednego lekarza ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

Można się spotkać z poglądem, że system ten jest dosyć kosztowny a to głównie w związku z tendencją do maksymalizacji w świadczeniu usług opieki zdrowotnej i wyjątkowo często występującą skłonnością do kierowania pacjentów na konsultacje do lekarzy specjalistów i do szpitali[58]. Jednakże „lekarzem prowadzącym" pacjenta jest zawsze ten u którego dany pacjent jest zarejestrowany, co gwarantuje ciągłość opieki zdrowotnej oraz ułatwia ciągłe gromadzenie informacji o jego zdrowiu. Szczególne znaczenie ma także i to, że system ten zachęca do działań profilaktycznych gdyż najwygodniejszym pacjentem jest zdrowy pacjent a więc nie wymagający

[57] J. Fry, *Medycyna w Związku Radzieckim, Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii*, PZWL Warszawa 1972, s. 79 i nast.; J. W. Stephen, *Systems of Primary Health Care*, w pracy zbiorowej pod red. J. Fry: *Primary Care*, London 1980.

[58] W. J. Stephen, *An Analysis of Primary Medical Care...*, *wyd. cyt.*, s. 37.

usług opieki zdrowotnej. W Wielkiej Brytanii, gdzie omawiany system dominuje, szczególnie rozpowszechnioną formą ambulatoryjnej opieki zdrowotnej są wizyty nastawione na działanie profilaktyczne i troskę o zdrowie zarejestrowanych pacjentów a nie na świadczeniu usług opieki zdrowotnej na rzecz osób już chorych. Warto tu dodać, że jakkolwiek w Wielkiej Brytanii mówi się o kryzysie w opiece zdrowotnej oraz że także i w tym kraju zgłaszane są daleko nawet idące propozycje reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej, to zasada opcyjnego wynagradzania lekarzy nie jest w zasadzie krytykowana a instytucja lekarza domowego jest uznana przez wszystkich za trwałą[59].

W Polsce ambulatoryjna opieka zdrowotna organizowana jest – jak dotąd – na zasadach rejonizacji, z uwzględnieniem planowego kształtowania sieci odpowiednich instytucji i urządzeń tej opieki. Zasilanie finansowe instytucji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej również ma w tych warunkach charakter planowy i jest ściśle powiązane z typem instytucji i liczbą zatrudnionych w niej pracowników (kadr medycznych i paramedycznych), a nie z zakresem działalności usługowej instytucji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Podstawą zasilania finansowego w tym systemie są zdolności usługowe odpowiednich instytucji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

Natomiast ze względu na opieranie zasilania finansowego odpowiednich instytucji opieki zdrowotnej na regułach finansowania podmiotowego zostają zerwane więzi między działalnością usługową a zasilaniem finansowym. O ile w systemie uzależniającym zasilanie od ilości i struktury usług medycznych występowała wyraźna więź między zasilaniem finansowym a rozmiarami i strukturą działalności usługowej, a w systemie uzależniającym zasilanie finansowe od liczby stałych pacjentów występowała wyraźna więź między zasilaniem finansowym a standardem (jakością) działalności usługowej, to w systemach właściwych dla warunków racjonalizacji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej nie ma w zasadzie żadnego związku między zasilaniem finansowym odpowiednich instytucji opieki zdrowotnej a ich działalnością usługową. Charakterystyczny jest przy tym zanik wyodrębnienia instytucji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej i pozbawienie jej wszelkiej podmiotowości. Działalność w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej prowadzona jest w ramach zespolonych i zintegrowanych instytucji opieki zdrowotnej.

Dosyć charakterystycznym zjawiskiem występującym w warunkach rejonizacji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej jest obojętność wobec pacjentów i ich oczekiwań, będąca oczywistym przejawem dysfunkcyjności opieki zdrowotnej[60]. Ze względu na brak jakiejkolwiek bądź konkurencji w omawianym tu systemie, a także ze względu na brak związku między zasileniem finansowym instytucji opieki zdrowotnej a działalnością usługową tych instytucji, pojawiają się dysproporcje w rozmieszczeniu zarówno odpowiednich instytucji, jak i zwłaszcza kadr medycznych, głównie lekarzy. Dysproporcjom tym próbuje się – na ogół bez powodzenia – przeciwdziałać przy pomocy rozmaitego rodzaju standardów, normatywów i norm, pomocniczo tylko wykorzystując niektóre elementy płac. W systemie tym brak jest jakichkolwiek bądź bodźców finansowych wobec instytucji opieki zdrowotnej. W systemie tym także i płace nie mają motywacyjnego znaczenia a jedynie pewne elementy płac i nawet specyjalne dodatki do płac próbuje sią pomocniczo, i to w ograniczonym zakresie, wykorzystywać dla potrzeb bodźcowego oddziaływania na zatrudnionych pracowników. System ten jest na ogół mało wydajny a przy tym kosztowny i niezdolny do zapewnienia wysokiej jakości opieki medycznej. Do problematyki wyboru odpowiedniego systemu ekonomiczno–finansowego ambulatoryjnej opieki zdrowotnej powracam w ostatnim rozdziale pracy.

---

[59] F. Millard, *Attitudes to Health an Problems of Health Care Delivery: Some Polish–British Comporisons and Contraste* (maszynopis).

[60] M. Sokołowska, *Dysfunkcyjność instytucji służby zdrowia*, Studia Socjologiczne 1972 nr 4.

3.4. Ekonomiczno–finansowa charakterystyka instytucji prowadzących działalność profilaktyczną i rehabilitacyjną

3.4.1. Ekonomiczno–finansowa problematyka działalności uzdrowisk

(1) Działalność uzdrowiskowa jako dziedzina opieki zdrowotnej obejmuje działalność polegającą na zapobieganiu chorobom oraz ich leczeniu przy wykorzystywaniu czynników przyrodniczych, takich jak właściwości klimatu, krajobrazu, naturalnych zasobów wód, gazów, błot itp. Lecznictwo uzdrowiskowe jest ściśle związane z określonego rodzaju miejscowościami, będącymi ośrodkami uzdrowiskowymi wywodzącymi się z dawnych kurortów. Utarło się przy tym używać określenia „*lecznictwo* uzdrowiskowe" na działalność w o wiele szerszym zakresie, tj. profilaktycznym i rehabilitacyjnym. W dalszym ciągu używał będę tego rozpowszechnionego określenia „lecznictwo uzdrowiskowe" dla oznaczenia działalności instytucji prowadzących głównie działalność profilaktyczną i rehabilitacyjną.

Do instytucji usługowych prowadzących działalność profilaktyczną i rehabilitacyjną zaliczyć można: sanatoria uzdrowiskowe, szpitale uzdrowiskowe, uzdrowiskowe zakłady przyrodolecznicze oraz prewentoria uzdrowiskowe. Każda z wymienionych instytucji charakteryzuje się określonego rodzaju specyfiką zarówno ze względu na przedmiot swojej działalności, jak i ze względu na związanych z tym przedmiotem odbiorców odpowiednich usług. Instytucje te różnią się poza tym także i wyposażeniem oraz innymi czynnikami decydującymi o ich zdolnościach usługowych. Instytucje prowadzące działalność uzdrowiskową przybierać mogą rozmaite formy organizacyjno–finansowe. W Polsce upowszechniło się łączenie wszystkich tych instytucji zlokalizowanych w określonej miejscowości uzdrowiskowej lub w jej pobliżu w jedno przedsiębiorstwo uzdrowiskowe, będące z ekonomiczno–finansowego punktu widzenia przedsiębiorstwem użyteczności publicznej.

Wchodzące w skład przedsiębiorstw uzdrowiskowych zakłady mające bardzo zróżnicowany charakter. W ramach ich działalności podstawowej funkcjonują także szpitale, które tylko w niewielkim stopniu wyróżniają się od innych szpitali, które były już w tym rozdziale rozpatrywane. Poza szpitalami w ramach działalności podstawowej przedsiębiorstw uzdrowiskowych na szczególną uwagę zasługują sanatoria uzdrowiskowe i prewentoria uzdrowiskowe. Z medycznego punktu widzenia sanatoria uzdrowiskowe charakteryzują się tym, że prowadzą mniej intensywną działalność medyczną, z wysunięciem na pierwszy plan postępowania profilaktyczno–rehabilitacyjnego, balneologicznego, terapii zajęciowej itp. Prewentoria uzdrowiskowe mają jeszcze bardziej profilaktyczny charakter aniżeli sanatoria uzdrowiskowe i przeznaczone są głównie dla dzieci i młodzieży oraz w mniejszym stopniu także dla osób dorosłych nie wykazujących aktualnie zmian patologicznych ale narażonych na zachorowanie z uwagi na stały kontakt z chorobą lub działalanie szkodliwych dla zdrowia czynników środowiska zamieszkania lub środowiska pracy. Celem działalności prewentorium jest uodpornienie ustroju na zachorowanie wobec czego w działalności prewentorium dominuje postępowanie zapobiegawcze, obejmujące terapię klimatyczną i wypoczynkową, racjonalne żywienie oraz wdrażanie nawyków higienicznych.

Przedsiębiorstwa uzdrowiskowe są w Polsce najważniejszymi instytucjami opieki zdrowotnej prowadzącymi działalność profilaktyczną, dlatego też zachodzi potrzeba ich przynajmniej krótkiego w tym miejscu omówienia. Poza tym ich rozpatrzenie może być intresujące także i z tego względu, że wysuwane są niekiedy propozycje aby wszystkim instytucjom opieki zdrowotnej nadać charakter przedsiębiorstw użyteczności publicznej.

Przedsiębiorstwa uzdrowiskowe funkcjonowały i funkcjonują w Polsce na zasadach analogicznych, jak wszystkie inne przedsiębiorstwa państwowe. Ze względu na zmiany wprowadzone w funkcjonowaniu przedsiębiorstw państwowych na początku lat 80–tych przedsiębiorstwa uzdrowiskowe stały się przedsiębiorstwami użyteczności publicznej różniącymi się znacznie w założeniach konstrukcji systemu ekonomiczno–finansowego od przedsiębiorstw działających na zasadach ogólnych[61].

[61] Ustawa z 25 września 1981 o przedsiębiorstwach państwowych (Dz. U. 1981 nr 24 poz. 122 zmiany: Dz. U. 1982 nr 45 poz. 289, Dz. U. 1983 nr 36 poz. 165 i nr 31 poz. 176, Dz. U. 1984 nr 45 poz. 242 i nr 54 poz. 275).

Dotyczy to zwłaszcza samodzielności i zakresu samofinansowania oraz w mniejszym stopniu także i zakresu samorządności[62].

Ograniczenie samodzielności przedsiębiorstw uzdrowiskowych znajduje zwłaszcza wyraz w sferze planowania. Plany działalności merytorycznej (leczniczej, profilaktycznej i rehabilitacyjnej), plany techniczno–ekonomiczne oraz plany finansowe przedsiębiorstw uzdrowiskowych nie są samodzielnie sporządzane przez te przedsiębiorstwa. Organ założycielski tych przedsiębiorstw tj. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej uczestniczy w procesie opracowywania tych planów a następnie je zatwierdza. Można więc powiedzieć, że samodzielność przedsiębiorstw uzdrowiskowych jest sprowadzona wyłącznie do formy wykonywania planów.

Znacznie poważniejsze problemy pojawiają się w odniesieniu do ewentualnego samofinansowania przedsiębiorstw uzdrowiskowych. Samofinansowanie uzdrowisk jako przedsiębiorstw użyteczności publicznej rozumiane jest na ogół dość wąsko jako pokrywanie kosztów działalności bieżącej tych przedsiębiorstw z osiąganych przez nie przychodów, a więc zgodnie z najbardziej rozpowszechnionym w ostatnich latach rozumieniem tego terminu (przy nie rozróżnianiu pojęć: samoopłacalność i samofinansowanie). Przychody uzdrowisk mają jednakże bardzo swoisty charakter, przynajmniej w części odnoszącej się do ich działalności statutowej, uznanej za podstawową, pochodzą bowiem ze sprzedaży usług organom założycielskim (tj. Ministerstwu Zdrowia i Opieki Społecznej) formalnie po cenach centralnie regulowanych. Faktycznie występuje tu raczej swoista odmiana budżetowego finansowania przedmiotowego, którą trudno uznać za spełniającą warunki samofinansowania nawet w wąskim rozumieniu.

Podstawą ustalania ceny a równocześnie miarą działalności usługowej uzdrowisk jest „osobodzień". Budzi to zastrzeżenia, gdyż tzw. osobodzień pobytu kuracjusza w uzdrowisku nie może być miarą zróżnicowanych usług składającą się na działalność przedsiębiorstwa uzdrowiskowego i tym bardziej nie może być podstawą zasilania finansowego tych przedsiębiorstw przy założeniu przywiązywania jakiegoś znaczenia do opierania tego zasilania na zasadach ogólności. Sama konstrukcja zastosowanej w odniesieniu do uzdrowisk jako przedsiębiorstw użyteczności publicznej ceny jest przy tym dosyć szczególna a to ze względu na jej zindywidualizowany charakter tj. cena ustalona jest odrębnie dla każdego konkretnego przedsiębiorstwa uzdrowiskowego.

Cena „osobodnia" pobytu kuracjusza w przedsiębiorstwie uzdrowiskowym opiera się o planowane i uzasadnione (w tym znaczeniu uzasadnione, że akceptowane przez Inspektora Lecznictwa Uzdrowiskowego Ministerstwa ZiOS) koszty „osobodnia" pobytu kuracjusza w określonego rodzaju przedsiębiorstwie uzdrowiskowym oraz o ustaloną stawkę zysku przedsiębiorstw. Problem sprowadza się więc do ustalenia poziomu planowanych i uzasadnionych, tj. zaakceptowanych kosztów „osobodnia", co jest przedmiotem „przetargu" między Ministerstwem Zdrowia i Opieki Społecznej a poszczególnymi przedsiębiorstwami uzdrowiskowymi. Przetarg ten dotyczy właściwie wszystkich pozycji kosztów, z wyłączeniem jedynie kosztów zużycia produktów żywnościowych, których zużycie podlega normowaniu ze względu na zastosowanie jednolitej w skali kraju normy żywnościowej, ustalanej odrębnie dla dorosłych, dzieci oraz kuracjuszy chorych na cukrzycę. Ustalany w fazie planowania poziom ceny usług przedsiębiorstw uzdrowiskowych oraz uzgodniona w tym samym czasie i w tym samym trybie liczba kuracjuszy i liczba „osobodni" decyduje o wielkości przychodu uzyskiwanego w działalności podstawowej (statutowo rzecz ujmując) uzdrowiska jako przedsiębiorstwa użyteczności publicznej.

Przedsiębiorstwa uzdrowiskowe, poza swoją działalnością podstawową, dla której zostały statutowo powołane, prowadzą także i działalność gospodarczą, dosyć luźno związaną z działalnością w zakresie opieki zdrowotnej. Szczególnie rozbudowana jest w tych przedsiębiorstwach działalność produkcyjno–handlowa, taka zwłaszcza jak produkcja wód mineral-

[62] Problematyce przedsiębiorstw użyteczności publicznej poświęcone są m.in. następujące prace: S. Piątek, *Przedsiębiorstwo użyteczności publicznej jako instytucja gospodarcza*, IOZiDK Warszawa 1986; por. także P. Roman, *Instrumenty finansowe w kierowaniu terenowymi przedsiębiorstwami użyteczności publicznej*, w:*Finansowe podstawy rozwoju samorządności terytorialnej*, ZN AE w Poznaniu, seria I nr 130 Poznań 1985.

nych, drobny handel, produkcja budowlana, usługi transportowe itp. Ze względu na cel i przedmiot niniejszej pracy tego rodzaju działalność przedsiębiorstw uzdrowiskowych nie będzie dalej w szczególny sposób rozpatrywana. Nie można jednakże jej zupełnie pominąć, a to z tego względu, że z ekonomiczno–finansowego punktu widzenia (tj. wpływu na wielkość przychodów, koszty działalności i wynik finansowy) działalność ta ma w większości uzdrowisk większe nawet znaczenie niż ich działalność profilaktyczna, rehabilitacyjna i lecznicza. Poza tym zakres i efektywność tej działalności wywiera bezpośredni wpływ na działalność podstawową uzdrowisk i całą działalność odbywającą się w tych samych ramach instytucjonalno–organizacyjnych. Konsekwencje tego faktu są różnorakie i mogą nawet skłaniać do rozważania celowości nadawania formy przedsiębiorstwa instytucjom prowadzącym działalność uzdrowiskową.

Można przyjąć, że zasadniczym powodem, dla którego instytucjom prowadzącym działalność uzdrowiskową nadaje się formę przedsiębiorstwa użyteczności publicznej, jest chęć wykorzystania rozwiązań systemu ekonomiczno–finansowego właściwych przedsiębiorstwom dla podniesienia racjonalności i efektywności gospodarowania w uzdrowiskach. Odnosi się to zwłaszcza do mechanizmu pokrywania kosztów z własnych przychodów oraz do mechanizmu wykorzystywania wyniku finansowego dla motywacyjnego oddziaływania na kierownictwo i pracowników uzdrowisk. Okazuje się to jednak niełatwe właśnie ze względu na wyjątkowe zróżnicowanie działalności przedsiębiorstw uzdrowiskowych a przede wszystkim ze względu na to, że działalność w zakresie profilaktyki, rehabilitacji i lecznictwa wcale nie dominuje w strukturze działalności uzdrowiska. Ogranicza to zwłaszcza możliwości wykorzystywania wyniku finansowego uzdrowisk jako przedsiębiorstw użyteczności publicznej dla potrzeb oddziaływania na racjonalność i efektywność ich gospodarowania w sferze działalności podstawowej.

Wynik finansowy (zysk) przedsiębiorstw uzdrowiskowych stanowi różnica między całością przychodów i kosztów wszystkich rodzajów działalności tych przedsiębiorstw. Wynik ten ma stanowić miarę efektywności funkcjonowania przedsiębiorstwa uzdrowiskowego oraz źródło tworzenia odpowiednich funduszów rozwojowych i źródło tworzenia odpowiednich funduszów motywacyjnych dla pracowników przedsiębiorstwa uzdrowiskowego. Można mieć jednak wątpliwości czy w aktualnych warunkach funkcjonowania ogółu przedsiębiorstw wynik finansowy może spełniać te funkcje. Za właściwe i pożądane uważa się przy tym w przedsiębiorstwach uzdrowiskowych dążenie do maksymalizacji wyniku finansowego wszelkimi sposobami a zwłaszcza w drodze obniżenia kosztów, wzrostu rozmiarów prowadzonej działalności i takiego ukształtowania jej struktury aby osiągnąć maksymalny poziom wyniku finansowego, a nawet w drodze wzrostu cen w takich granicach, w jakich jest to dopuszczalne i w praktyce możliwe do osiągnięcia. Rodzi to pewne niebezpieczeństwo dla przedsiębiorstwa uzdrowiskowego jako instytucji opieki zdrowotnej, łagodzone niewątpliwie faktem, że przedsiębiorstwa uzdrowiskowe są przedsiębiorstwami użyteczności publicznej, co z jednej strony pozwala na zewnętrzne ukształtowanie rozmiarów i struktury działalności tych przedsiębiorstw, z drugiej strony zdecydowania osłabia zaintresowanie maksymalizacją wyniku finansowego. Związane jest to z dualizmem w samym przedmiocie działalności tych przedsiębiorstw oraz z trudnościami w oparciu ich zasilenia finansowego, w części odnoszącej się do działalności podstawowej, na zasadach ogólności.

W praktyce obserwuje się w przedsiębiorstwach uzdrowiskowych rozwój działalności produkcyjnej (głównie produkcji wód mineralnych i stołowych) a stagnację działalności podstawowej (tj. profilaktycznej, rehabilitacyjnej i leczniczej)[63]. Trudno jednakże w sposób zdecydowany określić skalę tego zjawiska a zwłaszcza powiązać z rozwiązaniami ekonomiczno–finansowymi. Wydaje się, że należałoby jednak dążyć do systemowego – a więc w konsekwencji także i w konstrukcji systemu ekonomiczno–finansowego przedsiębiorstw uzdrowiskowych – powiązania działalności produkcyjnej z działalnością podstawową uzdrowisk. Nie będzie to proste ale z pewnością właściwsze aniżeli ograniczenie po prostu działalności

[63] A. Bury, *Przedsiębiorstwo użyteczności publicznej – problemy funkcjonowania na przykładzie przedsiębiorstw uzdrowiskowych* – Referat wygłoszony na Zjeździe katedr finansów w Uniejowie, wrzesień 1988 r.

przedsiębiorstw uzdrowiskowych wyłącznie dla działalności profilaktycznej, rehabilitacyjnej i leczniczej czy nawet odstąpienie od nadawania formy przedsiębiorstwa użyteczności publicznej uzdrowiskom. Wydaje się, że należałoby dokonać przebudowy zasad konstrukcji cen (opłat) za usługi będące przedmiotem działalności podstawowej uzdrowiska w powiązaniu z rozbudową indiwidualnej odpłatności kuracjuszy za usługi lecznictwa uzdrowiskowego (z ewentualną refundacją niektórym kategoriom kuracjuszy kosztów kuracji uzdrowiskowej z funduszów społecznych głównie ubezpieczeń społecznych). Mogłoby się to przyczynić do podniesienia z upadku lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce, co nie wydaje się jednak możliwe bez równoczesnego systemowego rozwiązania problemów finansów i gospodarki lokalnej miejscowości uzdrowiskowych.

Konstrukcja systemu ekonomiczno–finansowego przedsiębiorstw uzdrowiskowych nie pozwala na stworzenie dostatecznych podstaw dla finansowania rozwoju uzdrowisk. Tworzone z zysku fundusze rozwoju są na zdecydowanie zbyt niskim poziomie aby mogły odgrywać poważniejszą w tym zakresie rolę a amortyzacja liczona od majątku przedsiębiorstw uzdrowiskowych jest w przynajmniej w połowie przejmowana przez budżet centralny, stąd też właśnie zasoby budżetu centralnego stanowią podstawowe źródło finansowania inwestycji w uzdrowiskach, co w najpoważniejszym stopniu uniemożliwia wykorzystywanie wyniku finansowego jako miernika efektywności przedsiębiorstw uzdrowiskowych. Inwestycje te w większości mają jedynie odtworzeniowy a nie rozwojowy charakter. Jednakże nawet w działalności odtworzeniowej większą rolę odgrywają remonty kapitalne aniżeli inwestycje. Wynika to z zastosowania wobec przedsiębiorstw uzdrowiskowych w tym zakresie dość specyficznego rozwiązania, jakim jest centralny fundusz remontowy. Fundusz ten powstaje z wypłat przedsiębiorstw użyteczności publicznej, jakimi są uzdrowiska dokonywanych w ciężar kosztów według jednolitej, ustalonej na szczeblu centralnym (tj. Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej) stawki procentowej, a następnie jest uznaniowo przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej rozdysponowany między poszczególne przedsiębiorstwa. Przyjęte rozwiązania w zakresie finansowania inwestycji i remontów kapitalnych pozbawiają w dużym stopniu znaczenia nadawanie instytucjom opieki zdrowotnej, prowadzącym działalność uzdrowiskową, formy przedsiębiorstw użyteczności publicznej.

Wydaje się, że zasadniczym jednak problemem niezbędnym do pilnego rozwiązania jest powiązanie niezbędnej przebudowy systemu ekonomiczno–finansowego instytucji opieki zdrowotnej, prowadzących działalność uzdrowiskową, z kompleksowym podejściem do rozwoju społeczno–gospodarcego miejscowości uzdrowiskowych, zwłaszcza w ramach gospodarki finansowej samorządowych władz terenowych.

3.4.2. Ekonomiczno–finansowa problematyka instytucji prowadzących działalność w zakresie rehabilitacji medycznej

(1) Przez rehabilitację rozumie się na ogół zorganizowany system działania, którego celem jest przywrócenie osobom upośledzonym pod względem zdrowia w miarę możliwości najpełniejszej sprawności w sensie fizycznym, psychicznym oraz społecznym i zawodowym[64]. W wyniku działalności w zakresie rehabilitacji osoby obejmowane tą działalnością mają być włączone na powrót do czynnego życia społecznego, w tym także – co uważa się za szczególnie ważne – i do pracy zawodowej. W ramach tak szeroko ujmowanej działalności w zakresie rehabilitacji wyróżnia się rehabilitację medyczną, rehabilitację zawodową oraz rehabilitację społeczną. W ścisłym znaczeniu do opieki zdrowotnej zalicza się jednak wyłącznie rehabilitację medyczną (jakkolwiek rozgraniczenie poszczególnych rodzajów rehabilitacji jest dość umowne), dlatego też w dalszym ciągu tej pracy rozpatrywana będzie w zasadzie wyłącznie problematyka ekonomiczno–finansowa instytucji prowadzących działalność w zakresie rehabilitacji medycznej.

Wyodrębnienie instytucji prowadzących działalność w zakresie rehabilitacji medycznej nie jest łatwe a to głównie z tego względu, że tylko niewielka część tej działalności prowadzona jest

---

[64] A. Hulek, *Rehabilitacja inwalidów*, w pracy zbiorowej pod red. P. Rajkiewicza, *Polityka społeczna*, wyd. III PWE Warszawa 1979.

przez instytucje wyłącznie do tego powołane. Zasadniczo działalność w zakresie rehabilitacji medycznej prowadzona jest przez inne omówione już typy instytucji opieki zdrowotnej, a także przez organizacje społeczne i spółdzielczość inwalidów, które w związku z tym wymagają w tym miejscu bliższego omówienia.

Samo wyodrębnienie rehabilitacji medycznej z innych przedmiotowo wydzielonych działów opieki zdrowotnej jest znacznie utrudnione gdyż znaczna część działań rehabilitacyjnych wchodzi w skład rutynowych metod leczniczych w kardiologii, reumatologii, neurologii, psychiatrii itp. i tym samym trudno jest określić wyraźne różnice między rehabilitacją a czynnościami terapeutycznymi[65]. Dlatego więc właśnie wiele instytucji opieki zdrowotnej zajmuje się działalnością w zakresie rehabilitacji obok działalności leczniczej czy działalności w zakresie profilaktyki.

W szpitalach wszystkich typów wyodrębniane są najczęściej działy i oddziały rehabilitacji medycznej. Ponadto w instytucjach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, głównie w poradniach i przychodniach specjalistycznej opieki zdrowotnej, istnieją poradnie i przychodnie rehabilitacyjne, stanowiące w jakimś zakresie organizacyjnie wyodrębnione instytucje specjalizujące się w rehabilitacji medycznej. Najwyższym stopniem wyodrębnienia charakteryzują się specjalistyczne ośrodki rehabilitacyjne, składające się z odpowiedniego szpitala oraz poradni i przychodni. Wszystkie te instytucje nie różnią się pod względem ekonomiczno–finansowym od omówionych już szpitali i instytucji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Stąd też w dalszym ciągu niniejszej pracy zajmę się finansowymi problemami organizacji społecznych prowadzących działalność w zakresie rehabilitacji medycznej oraz finansowymi problemami prowadzenia rehabilitacji medycznej przez organizacje społeczne i spółdzielnie inwalidów.

(2) Działalność w zkresie rehabilitacji medycznej prowadzona jest w znaczącej mierze przez organizacje społeczne, jakkolwiek głównym celem działalności odpowiednich organizacji społecznych jest przede wszystkim prowadzenie działalności w zakresie rehabilitacyji społecznej i zawodowej a w o wiele mniejszym stopniu rehabilitacji medycznej, która jest raczej domeną wyspecjalizowanych instytucji opieki zdrowotnej.

Spośród organizacji społecznych prowadzących w Polsce działalność w zakresie rehabilitacji medycznej szczególne znaczenie ma Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem, które działa na rzecz rozwoju rehabilitacji i zapobiegania inwalidztwu wśród ludzi zdrowych. Działalność tego Towarzystwa jest wyjątkowo znacząca dla propagowania samej idei rehabilitacji, w tym także rehabilitacji medycznej. Inny charakter mają organizacje społeczne skupiające osoby wobec których prowadzona jest działalność rehabilitacyjna, a więc głównie inwalidów. Do tego typu organizacji społecznych należą w Polsce: Polski Związek Niewidomych, Polski Związek Głuchych, Związek Inwalidów Wojennych i Wojskowych, Związek Ociemniałych Żołnierzy PRL oraz w pewnym zakresie także Zjednoczony Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów. Wszystkie te organizacje prowadzą działalność w zakresie rehabilitacji medycznej a zwłaszcza współdziałają z instytucjami opieki zdrowotnej wspierając działalność tych właśnie instytucji w sferze rehabilitacji medycznej.

Wymienione organizacje społeczne różnią się między sobą statusem prawnym, decydującym w poważnym stopniu o finansowych podstawach działalności tychże organizacji społecznych[66]. Problematyka finansowa organizacji społecznych uzależniona jest bowiem od tego, jakiego rodzaju stowarzyszeniami z formalno–prawnego punktu widzenia są te organizacje[67].

---

[65] M. Sokołowska, A. Ostrowska, *Socjologia kalectwa i rehabilitacji*, Ossolineum Wrocław 1976, s. 109.

[66] Prawną regulację działalności stowarzyszeń stanowi: ustawa z dnia 7 kwietnia 1989 – prawo o stowarzyszeniach (Dz. U. 1989 nr 20 poz. 104); Por także: Dekret z dnia 5 sierpnia 1949 – zmiana niektórych przepisów prawa o stowarzyszeniach (Dz. U. 1949 nr 45 poz. 335) – Rozporządzenie Prezydenta Rzeczpospolitej z dnia 27 października 1932 – Prawo o stowarzyszeniach (Dz. U. 1932 nr 94 poz. 808, z 1946 nr 4 poz. 30, z 1949 nr 41 poz. 213 i nr 45 poz. 335, z 1950 nr 44 poz. 401 i nr 53 poz. 489, z 1964 nr 41 poz. 276, z 1985 nr 36 poz. 167).

[67] Problematyka gospodarki finansowej organizacji społecznych nie jest w zasadzie podejmowana w literaturze. Wyjątek stanowi opracowanie H. Wapnaruk–Gruchman na temat gospodarki finansowej organizacji społecznych zastosowane do stowarzyszeń kulturalnych, *Niektóre uwarunkowania i problemy gospodarki finansowej stowarzyszeń kulturalnych (na przykładzie organizacji świadczących usługi muzyczne)* w: *Studia ekonomiczno–finansowe z działalności socjalno–kulturalnej*, pod red. J. Wierzbickiego, Zeszyty Naukowe AE w Poznaniu nr 117, Poznań 1983. Por. także M. Wierzbowski, *Nowe prawo o stowarzyszeniach*, Państwo i Prawo 1989 nr 7, s. 13 i nast.

(3) Specyficznymi instytucjami prowadzącymi działalność w zakresie rehabilitacji są spółdzielnie inwalidów wywodzące się z organizacji o charakterze samopomocy osób dotkniętych kalectwem. Pierwsze spółdzielnie inwalidów powstawały w Polsce w 1919 roku i były organizowane przez inwalidów wojennych jako – w pierwszym okresie – spółdzielnie spożywców i spółdzielnie wytwórców[68]. Szczególnie intensywny rozwój spółdzielni inwalidów nastąpił po 1949 roku i trwa, przy pewnych tylko okresowych zahamowaniach, w zasadzie nieprzerwanie do dnia dzisiejszego. Celem spółdzielni inwalidów jest wprawdzie przede wszystkim prowadzenie rehabilitacji zawodowej i społecznej inwalidów, jednakże działalność w zakresie rehabilitacji medycznej odgrywa również znaczącą rolę w działalności tych spółdzielni. Zasięg działalności spółdzielni inwalidów w zakresie rehabilitacji medycznej jest przy tym tym większy, im słabiej rozwinięta jest odpowiednia działalność prowadzona przez wyspecjalizowane w prowadzeniu rehabilitacji medycznej państwowe instytucje opieki zdrowotnej.

Spółdzielczość inwalidów w swojej długoletniej działalności wypracowała własną formę kompleksowej rehabilitacji inwalidów, polegającą na skoordynowanym zespole środków mających na celu przywrócenie bądź tylko poprawę zdrowia inwalidów i przygotowanie ich do pracy i do możliwie pełnego udziału w życiu społecznym bez względu na wiek, a także zapobieganie w miarę możliwości dalszej utracie zdrowia przez inwalidów. W ramach tak kompleksowo określonej rehabilitacji inwalidów prowadzonej przez spółdzielnie inwalidów ważną rolę odgrywa także działalność lecznicza, głównie w zakresie rehabilitacji medycznej, obok zapewnienia odpowiednich warunków bytowych, wypoczynku i pomocy w rozmaitych sprawach życiowych a przede wszystkim umożliwienie zatrudnienia inwalidów przez odpowiednie ich szkolenie i dobór stanowisk pracy oraz przystosowanie warunków pracy do możliwości jej wykonywania przez inwalidów[69].

Dla potrzeb prowadzenia rehabilitacji medycznej w spółdzielniach inwalidów tworzone są specjalne wydziały rehabilitacji wraz z odpowiednimi przychodniami rehabilitacyjnymi, zatrudniającymi lekarzy rozmaitych specjalności, pielęgniarki, instruktorów wychowania fizycznego, psychologów, socjologów itp. Zasięg działalności w zakresie rehabilitacji medycznej prowadzonej przez poszczególne spółdzielnie jest uzależniony od wielkości i struktury zatrudnienia, wysokości odpowiednich środków, zgromadzonych przez daną spółdzielnie inwalidów, funduszów służących finansowaniu rehabilitacji itp. Odpowiednie przychodnie rehabilitacji i podobne tego rodzaju placówki prowadzone są przez poszczególne spółdzielnie oraz regionalne ich związki i centralny związek spółdzielczości inwalidów. Ze względu na cel pracy rozpatrzone w dalszym ciągu zostaną w zasadzie wyłącznie problemy gromadzenia przez spółdzielczość inwalidów środków finansowych na działalność w zakresie rehabilitacji medycznej oraz problemy wykorzystywania tych środków na finansowanie działalności spółdzielczości inwalidów w zakresie rehabilitacji medycznej. Natomiast w zasadzie zostanie pominięta cała niewątpliwie interesująca problematyka systemu ekonomiczno–finansowego spółdzielczości.

Warunkiem uznania spółdzielni pracy za spółdzielnię inwalidów jest zatrudnienie przez spółdzielnię znaczącej liczby inwalidów, wyrażającej się w określonym stosunku procentowym do ogółu zatrudnionych w spółdzielni. W ramach tego ogólnego wskaźnika, odpowiednie terenowe organy administracji państwowej ustalają na każdy rok kalendarzowy wskaźniki zatrudnienia inwalidów dla poszczególnych spółdzielni. Wskaźniki te powinny być przy tym w zasadzie zależne od rodzaju prowadzonej działalności, stanu lokalnego rynku pracy a zwłaszcza liczby inwalidów poszukujących pracy na danym terenie.

Spółdzielnie inwalidów są spółdzielniami pracy i jako takie zobowiązane są statutowo do prowadzenia działalności gospodarczej, według zasad powszechnie odnoszących się do ogółu spółdzielni pracy. Spółdzielnie te korzystają jednakże z pewnych przywilejów przyznawanych im przez państwo, a zwłaszcza z ulg podatkowych, rekompensującym im wyższe nakłady, wynikające z masowego zatrudnienia upośledzonych pod względem sprawności do pracy inwalidów oraz rekompensujących im dodatkowe nakłady ponoszone w związku z prowadze-

[68] S. Karpiński, *Początki rehabilitacji zawodowej w Polsce*, Biuletyn ZB ZSI 1962 nr 4.

[69] Praca zbiorowa pod red. K. Wątorskiego, *Problemy medyczne rehabilitacji inwalidów*, PWN Warszawa 1975.

niem działalności rehabilitacyjnej i wyręczaniem tym samym odpowiednich państwowych instytucji opieki zdrowotnej.

Prowadzenie działalności gospodarczej przez spółdzielnie inwalidów nie jest jednak celem samym w sobie ale stanowi jedynie podstawę ekonomiczną umożliwiającą stworzenie miejsc pracy dla inwalidów i umożliwiającą finansowanie kompleksowej rehabilitacji inwalidów.

W toku zatrudnienia inwalidów w działalności gospodarczej spółdzielnie inwalidów realizują program ich rehabilitacji. Koniecznością staje się w związku z tym równorzędne traktowanie sfery działalności gospodarczej i sfery działalności rehabilitacyjnej. Wydaje się bowiem oczywiste, że zdominowanie jednej z tych sfeer przez drugą prowadziłoby w konsekwencji do zakłóceń w funkcjonowaniu spółdzielni inwalidów. Koncentrowanie się na realizacji zadań gospodarczych spółdzielni z pominięciem działalności rehabilitacyjnej mogłoby nawet powodować pogłębienie chorób lub kalectwa inwalidów wskutek niewłaściwych warunków pracy, nieodpowiedniego doboru stanowisk pracy, braku dostatecznej opieki lekarskiej, niedostatecznie zindywidualizowanego przygotowania zawodowego itp.

Koncentrowanie natomiast uwagi spółdzielni inwalidów wyłącznie na rozwoju rehabilitacji bez przywiązywania odpowiedniej wagi do działalności gospodarczej prowadziłoby w konsekwencji do niekorzystnego ukształtowania się sytuacji finansowej spółdzielni a tym samym odbijałoby się na poziomie zarobków inwalidów i wysokości odpowiednich funduszów służących finansowaniu działalności rehabilitacyjnej spółdzielni. Doprowadziłoby to z czasem albo do zaniku działalności rehabilitacyjnej albo do opierania tej działalności na dotacjach budżetowych, co przekreślałoby istotę spółdzielczości inwalidzkiej o samopomocowym przecież charakterze. Spółdzielnie inwalidów mogą oczywiście korzystać z pomocy finansowej państwa, jednakże zachowane tutaj być powinny proporcje między własnymi środkami finansowania a źródłami zewnętrznymi po to aby spółdzielnie te zachowały odrębność. Konkludując trzeba stwierdzić, że podstawową statutową dziedziną działalności spółdzielni inwalidów powinna być działalność w zakresie rehabilitacji a działalność gospodarcza tych spółdzielni powinna stanowić jedynie środek umożliwiający prowadzenie działalności rehabilitacyjnej. Wymaga to odpowiedniej konstrukcji systemu finansowego spółdzielni inwalidów.

Obowiązek zatrudnienia przez omawiane tu spółdzielnie inwalidów ze stosunkowo dużą utratą zdrowia, wymagających specjalnego procesu rehabilitacji, oraz inwalidów o mniejszym wprawdzie stopniu utraty zdrowia ale nie mogących jednak ze względu na stan zdrowia podjąć zatrudnienia w normalnych warunkach pracy a wymagających rozmaitych form rehabilitacyjnego oddziaływania powoduje ponoszenie przez spółdzielnie inwalidów nakładów, które w ogóle nie występują bądź występują w znacznie mniejszym zakresie w innych jednostkach gospodarczych.

Szczególne nakłady występujące w spółdzielczości inwalidów można podzielić na dwie ich zasadnicze grupy, tj. nakłady związane z pracą inwalidów i wynikające z jej określonych właściwości oraz nakłady związane z bezpośrednim świadczeniem usług rehabilitacyjnych[70]. Wprawdzie podział taki nie jest ostry gdyż trudno oddzielić usługi rehabilitacyjne od warunków pracy inwalidów, to niemniej podział ten stanowić może punkt wyjścia dla rozpatrzenia potrzeby i możliwości zróżnicowania sposobów finansowania każdej z tych grup nakładów.

Zasadniczą przyczyną trudniejszej systuacji ekonomicznej w spółdzielniach inwalidów niż w innych jednostkach gospodarczych jest zmniejszenie wydajności pracy inwalidów w porównaniu z pracownikami pełnosprawnymi zatrudnionymi przez inne jednostki gospodarcze. Na tę niższą wydajność pracy inwalidów wpływają przede wszystkim czynniki psychologiczne a szczególnie występujący u wielu inwalidów długi okres przystosowania się do pracy. Inwalidzi są opłacani na wyższym poziomie aniżeli wynikałoby to z ich wydajności pracy, przynajmniej w relacji do zatrudnionych w innych jednostkach gospodarczych. U pewnej więc grupy inwalidów występuje nadwyżka płacy w stosunku do tych zarobków, jaka wynikałaby z efektów ich pracy. Właśnie ta nadwyżka płacy w stosunku do wynagrodzenia wynikającego

[70] B. Trąmpczyński, *Zatrudnienie i rehabilitacja zawodowa w spółdzielczości inwalidów*, ZWCRS Warszawa 1961 s. 119 i nast.

z wydajności pracy jest szczególnego rodzaju nakładem występującym w spółdzielni inwalidów, związanym z faktem zatrudnienia osób niepełnosprawnych, a więc nakładem nie występującym w innych jednostkach gospodarczych.

Kolejnym czynnikiem wpływającym na kształtowanie się wyższych kosztów robocizny w spółdzielniach inwalidów aniżeli w innych jednostkach gospodarczych jest zatrudnienie w tych spółdzielniach stosunkowo dużej liczby brygadzistów, instruktorów i pracowników pomocniczych. Dotyczy to zwłaszcza tych spółdzielni, w których pracują niewidomi, głuchoniemi czy osoby psychicznie chore i umysłowo upośledzone. Wynika to z potrzeby zwiększonego nadzoru oraz z konieczności przystosowania inwalidów do pracy a nawet z konieczności wykonywania za nich niektórych czynności takich jak np. przystosowanie stanowiska do pracy i doprowadzenie go do porządku po zakończeniu pracy itp.

Dalszym czynnikiem powodującym dodatkowe nakłady w spółdzielniach inwalidów jest wyższe zużycie energii i większe zużycie urządzeń i maszyn, co wiąże się głównie z mniejszym stopniem wykorzystania będących w ruchu maszyn i urządzeń , oraz koniecznością specjalnej adaptacji stanowisk pracy i odpowiedniego oprzyrządowania samych maszyn i urządzeń, co powoduje przede wszystkim zwiększoną amortyzację. Ponadto zużycie materiałów i surowców jest na ogół wyższe w spółdzielniach inwalidów niż w innych jednostkach gospodarczych.

Trzeba jednak powiedzieć, że wszystkie te czynniki miały w poprzednich latach mniejsze znaczenie, a to ze względu na rosnące marnotrawstwo i spadającą wydajność pracy w całej gospodarce uspołecznionej z jednej strony oraz większe przywiązanie do pracy i większą staranność w jej wykonywniu przez inwalidów z drugiej strony.

Szczególnego rodzaju nakłady, poza wyżej omówionymi, ponoszone są przez spółdzielnie inwalidów także w związku z prowadzeniem przez te spółdzielnie działalności usługowej w zakresie rehabilitacji medycznej. Są to zwłaszcza dodatkowe koszty związane z opieką lekarską, koszty wychowania fizycznego i sportu rehabilitacyjnego itp. Wszystkie te nakłady są w spółdzielniach wyodrębnione ewidencyjnie ze względu na specjalne, funduszowo wydzielone, źródła finansowania działalności rehabilitacyjnej.

3.5. Cechy wyróżniające spółdzielcze i prywatne instytucje opieki zdrowotnej

3.5.1. Ekonomiczno–finansowa charakterystyka spółdzielni pracy lekarzy i lekarzy dentystów

(1) Odrębną formę organizacyjną instytucji opieki zdrowotnej stanowią spółdzielnie lekarskie będące spółdzielniami pracy lekarzy i lekarzy dentystów. Spółdzielnie pracy lekarzy i lekarzy dentystów powstały jako tzw. wyższa forma prywatnej praktyki lekarskiej a w warunkach istniejącego przymusu zatrudnienia lekarzy i lekarzy dentystów w państwowej opiece zdrowotnej spółdzielnie lekarskie pozwalają lekarzom na uzyskanie dodatkowych zarobków poza państwową opieką zdrowotną i poza prywatną praktyką lekarską. Pacjentom natomiast fakt istnienia spółdzielni pracy lekarzy i lekarzy dentystów umożliwia korzystanie z opieki zdrowotnej poza państwowym systemem opieki zdrowotnej, co łączy się głównie z możliwością swobodnego wyboru lekarza i wyższą, przynajmniej w subiektywnym odczuciu pacjentów, jakością opieki zdrowotnej.

W lekarskich spółdzielniach pracy przychodem ze sprzedaży jest kwota uzyskana ze sprzedaży usług medycznych i stomatologicznych oraz usług świadczonych w dziedzinie ochrony środowiska naturalnego gdyż działalność w tym zakresie stanowi często przedmiot działalności spółdzielni pracy lekarzy i lekarzy dentystów. Wielkość przychodu ze sprzedaży uzależniona jest od jednostkowych cen za usługi oraz od rozmiarów i struktury działalności usługowej spółdzielni. Kalkulacja jednostkowej ceny za usługi medyczne przeprowadzana jest przez poszczególne spółdzielnie we własnym zakresie z uwzględnieniem zapewnienia tym spółdzielniom rentowności. W praktyce jednostkowa cena za usługi świadczone przez lekarskie spółdzielnie pracy opiera się na faktycznych kosztach wynikających z działalności usługowej

spółdzielni powiększonych o niewielki zysk (na ogół w granicach do 10%) i podatek obliczony w stosunku do końcowej ceny usługi. Ustalając ceny za swoje usługi lekarskie spółdzielnie pracy uwzględniają poziom ogółu cen na rynku, konkurując między sobą i z prywatnymi instytucjami opieki zdrowotnej jeżeli pozwala na to wysokość rzeczywistych kosztów własnych ponoszonych w danej działalności.

Ceny za usługi świadczone przez lekarskie spółdzielnie pracy ustalane są we własnym zakresie przez zarządy, na podstawie kalkulacji opracowanej zgodnie z obowiązującymi dla cen umownych zasadami. Dla świadczonych przez siebie usług lekarskich spółdzielnia zobowiązana jest opracowywać cennik, który po zatwierdzeniu przez zarząd obowiązuje dla wszystkich tego rodzaju usług świadczących w ramach danej spółdzielni. Ceny zawarte w tym cenniku są cenami maksymalnymi. Cenniki rozsyłane są do poszczególnych przychodni spółdzielczych i stanowią dla nich zasadniczo jedyną podstawę obliczania należności za wykonywane usługi medyczne. Zasady ustalania tych cen powinny być zrozumiałe dla pacjentów spółdzielni pracy.

Organ ustalający ceny usług medycznych jakim jest zarząd spółdzielni, może w niektórych przypadkach zezwolić na wprowadzenie cen zwiększonych o określony procent z tytułu wykonywania usług w terminie krótszym niż ogólnie przyjęty. Jakkolwiek w zakresie stosowania cen ekspresowych brak jest szczegółowych reguł postępowania to zauważalna jest tendencja do ograniczania tej formy działalności jako niezbyt dla spółdzielni wygodnej.

Nadwyżkę finansową danej spółdzielni stanowi uznany za prawidłowy zysk lekarskich spółdzielni pracy, po pomniejszeniu o podatek dochodowy. Podlega on podziałowi na podstawie odpowiedniej uchwały walnego zgromadzenia członków spółdzielni. Nadwyżka bilansowa nie jest jednak dzielona przez walne zgromadzenie zupełnie swobodnie, gdyż część tej nadwyżki walne zgromadzenie zobowiązane jest przekazać na zwiększenie funduszu zawodowego spółdzielni. Formalnym warunkiem od spełnienia którego zależy czy może to nastąpić jest wymóg aby dana spółdzielnia pokrywała cały swój majątek z funduszów własnych. W dalszej kolejności nadwyżka bilansowa przeznaczana jest na cele inwestycyjne. Pozostałą część nadwyżki przeznacza się na cele określone w uchwale walnego zgromadzenia, do podziału między członków oraz na nagrody dla pracowników spółdzielni a także na finansowanie działalności społeczno–wychowawczej w spółdzielni.

Regulacyjne oddziaływanie państwa na przychody, koszty i podział nadwyżki bilansowej w lekarskich spółdzielniach pracy ma charakter oddziaływania pośredniego a największe praktyczne znaczenie ma oddziaływanie przy pomocy opodatkowania na kształtowanie cen. Obowiązujące reguły kształtownia cen usług medycznych powodują, że rentowność lekarskich spółdzielni pracy jest niska, co utrudnia rozwój tych spółdzielni. W warunkach ekspansji prywatnych instytucji opieki zdrowotnej lekarskie spółdzielnie pracy zdają się tracić na znaczeniu.

3.5.2. Ekonomiczno–finansowa charakterystyka spółdzielni zdrowia pacjentów jako instytucji opieki zdrowotnej

Spółdzielnie zdrowia są szczególnego rodzaju instytucjami opieki zdrowotnej – które warto tutaj przypomnieć – organizowanymi przez potencjalnych pacjentów, zrzeszających się w celu stworzenia sobie warunków umożliwiających zaspokojenie potrzeb zdrowotnych. Spółdzielcy zrzeszeni w spółdzielniach zdrowia troszczą się o stworzenie właściwych warunków materialnych dla prowadzenia na ich rzecz opieki zdrowotnej, angażując w tym celu odpowiedni personel (zwłaszcza lekarzy). Spółdzielnie zdrowia powstały na wsi w okresie międzywojennym[71] i rozwijały się w Polsce od początku lat siedemdziesiątych, kiedy to – w związku z objęciem rolników indywidualnych bezpłatną opieką zdrowotną, sprawowaną przez podstawową państwową opiekę zdrowotną – przekształcone zostały w wiejskie ośrodki zdrowia, działające w ramach systemu państwowej opieki zdrowotnej. Wydaje się, że warto tę

[71] Pierwsze wiejskie spółdzielnie zdrowia powstały w Jugosławii a ich propagatorem w Polsce tak przed wojną, jak i po wojnie, był K. Wyszomirski. Por. K. Wyszomirski, *Spółdzielnie zdrowia w Jugosławii*, Spółdzielczy Przegląd Naukowy 1934 zeszyt 9; K. Wyszomirski, *Spółdzielnie zdrowia na wsi*, ZW CRS Warszawa 1961.

zapomnianą już w Polsce formę instytucji opieki zdrowotnej obecnie przypomnieć ze względu na występującą tendencję do rozwoju samorządności w różnych postaciach oraz dążenia do przekształceń własnościowych znajdujących swój wyraz chociażby w wyodrębnianiu mienia komunalnego. Wydaje się, że opieka zdrowotna zwłaszcza na wsi i w małych miejscowościach – a więc tam gdzie występuje szczególny niedorozwój tej opieki – mogłaby być rozwijana także i przy zastosowaniu spółdzielni zdrowia organizowanych dla własnych potrzeb przez potencjalnych pacjentów.

Istniejące w Polsce wiejskie spółdzielnie zdrowia finansowane były częściowo z dochodów osobistych spółdzielców, częściowo ze środków rolniczych spółdzielni zaopatrzenia i zbytu „Samopomoc Chłopska" a częściowo także ze środków budżetu państwa. Zasadnicza część przychodów wiejskich spółdzielni zdrowia pochodziła z opłat za porady lekarskie i stomatologiczne wnoszonych przez pacjentów korzystających z usług tych spółdzielni, przy czym gdy tymi pacjentami były osoby uprawnione do bezpłatnej opieki zdrowotnej to opłaty pokrywane były ze środków budżetowych a więc znajdowała tu zastosowanie swoistego rodzaju forma odpłatności zbiorowej z budżetu państwa za osoby uprawnione do bezpłatnej opieki zdrowotnej. Pozostałą część przychodów wiejskich spółdzielni zdrowia stanowiły składki pochodzące od członków spółdzielni. Jeżeli przychody te nie wystarczały na pokrycie wydatków – co zresztą w praktyce najczęściej występowało – powstałą stratę pokrywano ze środków miejscowych rolniczych spółdzielni zaopatrzenia i zbytu „Samopomoc Chłopska" lub wyjątkowo z właściwego budżetu terenowego[72].

Wydaje się, że za szczególną zaletę spółdzielni zdrowia uznać można ścisłą więź ze środowiskiem funkcjonowania spółdzielni, a tym samym możliwość a nawet pewną łatwość powiązania działalności leczniczej z działalnością profilaktyczną w ramach opieki zdrowotnej sprawowanej przez spółdzielnie lekarskie. W organizowanych w Polsce spółdzielniach zdrowia uzależniano liczbę udziału członkowskich jaką zobowiązany był nabyć każdy spółdzielca od wielkości gospodarstwa rolnego, którego był on właścicielem, natomiast ilość udziałów posiadanych przez jedną osobę nie miała wpływu na działalność spółdzielni zdrowia gdyż każdy spółdzielca miał tylko jeden głos bez względu na ilość udziałów jaką posiadał. Doświadczenia z działalności spółdzielni zdrowia na wsi oceniane były na ogół pozytywnie, mimo niechęci środowisk medycznych w pierwszym okresie istnienia spółdzielni zdrowia na wsi oraz większej jeszcze niechęci administracji służby zdrowia do tych spółdzielni w ostatnim okresie ich istnienia. Spółdzielnie zdrowia w sposób elastyczny kształtowały wynagrodzenia lekarzy zatrudnionych w tych spółdzielniach a czystą nadwyżkę, jeżeli taka została wygospodarowana, zobowiązane były dzielić zgodnie z obowiązującym je, wzorcowym statutem tak, aby co najmniej 15% tej nadwyżki przeznaczyć na działalność profilaktyczną a co najmniej 60% nadwyżki przeznaczyć na wzrost funduszów własnych spółdzielni.

3.5.3. Ekonomiczno–finasowa problematyka funkcjonowania prywatnych instytucji opieki zdrowotnej

Odrębnymi i pozostającymi całkowicie poza systemem społecznej służby zdrowia instytucjami opieki zdrowotnej są gabinety lekarzy prywatnie praktykujących oraz zespoły lekarzy prywatnie praktykujących i innych osób organizowane najczęściej w formie spółek.

Warunkiem prowadzenia prywatnej praktyki przez lekarzy i lekarzy dentystów jest zatrudnienie w pełnym wymiarze czasu pracy w instytutach państwowej opieki zdrowotnej oraz uzyskanie odpowiedniego zezwolenia we właściwym organie administracji państwowej. Możliwości oddziaływania ze strony państwa na działalność gabinetów lekarzy prywatnie praktykujących są bardzo ograniczone i nawet można powiedzieć, że brak jest większego zaintresowania administracji służby zdrowia tą działalnością. Ceny za usługi medyczne są

[72] J. Bielecki, B. Piekutowska, *Działalność wiejskich spółdzielni zdrowia w Polsce Ludowej w latach 1956–57*, Zdrowie Publiczne 1958 nr 2; K. Wyszomirski, *Spółdzielnie zdrowia na wsi*, *wyd. cyt.*

ustalone, przez osoby te usługi świadczące, w bezpośrednim kontakcie z pacjentami korzystającymi z usług, bez obowiązku uprzedniego wykładania odpowiednich cenników. Opodatkowanie działalności lekarzy prywatnie praktykujących odbywa się na ogólnych zasadach, przy czym stosowane są ulgowe formy tego opodatkowania a przede wszystkim ryczałt podatkowy.

Ze względu na to, że instytucje samorządu zawodowego w postaci izb lekarskich znajdują się w stadium organizacji, działalność w zakresie opieki zdrowotnej prowadzona przez lekarzy prytnie praktykujących odbywa się właściwie poza wszelkim nadzorem (także merytorycznym). Stopień rozpoznania, ze względu na brak szerszych na ten temat badań, roli prywatnych gabinetów lekarskich w zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych ludności jest niski. Z nielicznych przeprowadzonych badań wynika, że liczba osób korzystających z usług medycznych w gabinetach lekarzy prywatnie praktykujących jest znaczna i wynosi co najmniej 25% ogółu korzystających z opieki zdrowotnej[73].

Z przeprowadzonych badań wynika, że znaczna część porad udzielanych przez lekarzy prywatnie praktykujących dotyczy dzieci poniżej 15 lat oraz kobiet w wieku 25–39 lat[74]. W działalności usługowej prowadzonej przez lekarzy prywatnie praktykujących dominują usługi lekarzy dentystów, pediatrów, ginekologów, internistów i okulistów. Usługi wąsko specjalistyczne stanowią niewielki odsetek ogółu usług medycznych świadczonych przez lekarzy praktykujących prywatnie a więc lekarze ci w większości pełnią funkcje lekarzy pierwszego kontaktu podstawowej opieki zdrowotnej. Korzystanie z usług medycznych w prywatnych gabinetach lekarskich wynika przede wszystkim z chęci uzyskania szybkiej porady w odpowiednim dla pacjenta czasie oraz ze stosunkowo dużego zaufania do lekarzy prywatnie praktykujących a to ze względu na szczególną – w opinii pacjentów – staranność i troskliwość tych lekarzy.

W latach osiemdziesiątych upowszechniło się w Polsce zjawisko tworzenia spółek jako podmiotów gospodarczych świadczących między innymi usługi medyczne. Wynika to z różnych względów, pośród których najważniejszy to stosunkowo wysoka kapitałochłonność aparatury i urządzeń medycznych niezbędnych dla prowadzenia działalności usługowej w zakresie opieki zdrowotnej. Ta wysoka kapitałochłonność utrudnia zaopatrywanie się w odpowiednie urządzenia medyczne przez lekarzy prywatnie praktykujących, osłabiając tym samym ich pozycję na „rynku usług medycznych" w Polsce. Nie bez znaczenia jest tu także łatwość zorganizowania odpowiedniej spółki i stosunkowo łagodny system jej opodatkowania zwłaszcza w pierwszym stadium jej istnienia.

Z wielu możliwych do zastosowania form organizacyjnych spółek w sferze opieki zdrowotnej znajdują zastosowanie następujące formy: spółka cywilna, spółka jawna, spółka z ograniczoną odpowiedzialnością i spółka akcyjna. Spółka cywilna wg kodeksu cywilnego jest najprostszą postacią wspólnej działalności gospodarczej, jednakże jest mało przydatna dla działalności w sferze opieki zdrowotnej gdyż nie posiada osobowości prawnej. Spółka jawna organizowana na zasadzie kodeksu handlowego stanowi wygodną formę prowadzenia działalności w zakresie opieki medycznej gdyż opiera się na pracy osobistej, obrotności i dobrej reputacji samych wspólników, ponoszących pełną i solidarną odpowiedzialność za działalność spółki[75]. W przypadku dużych rozmiarów prowadzonej działalności i zaangażowaniu majątku o znacznej wartości znajduje zastosowanie spółka z ograniczoną odpowiedzialnością i spółka akcyjna a więc spółki kapitałowe, w których na plan pierwszy wysuwa się kapitał a nie pracę własną wspólników.

Wśród organizowanych w sferze usług opieki zdrowotnej w Polsce spółek najszersze zastosowanie znajdują spółki z ograniczoną odpowiedzialnością. Warto tutaj dodać, że zatrudniani w spółkach lekarze muszą spełniać te same warunki co lekarze prywatnie praktykujący a więc zwłaszcza muszą być oni zatrudnieni w pełnym wymiarze czasu pracy w państwowej opiece zdrowotnej. Opodatkowanie prywatnych spółek prowadzących działalność w sferze opieki zdrowotnej odbywa się na zasadach ogólnych właściwych gospodarce nieuspołecznionej tj. z zastosowaniem podatku obrotowego i podatku dochodowego[76].

[73] J. Indulski, G. Rzepecka–Koniarek, *Korzystanie z porad lekarzy prywatnie praktykujących*, Zdrowie Publiczne 1985 nr 4; J. Indulski, G. Rzepecka–Koniarek, *Motywacje z korzystania z porad lekarzy prywatnie praktykujących*, Zdrowie Publiczne 1985 nr 7.

[74] J. Indulski, G. Rzepecka–Koniarek, *wyd. cyt.*

[75] Z. Ohanowicz, J. Górski, *Zobowiązania. Część szczegółowa*, PWN Warszawa–Poznań 1964, s. 295.

[76] J. Małecki, *Opodatkowanie fundacji i spółek*, Ruch PEiS 1989 nr 1, s. 129 i nast.

POTRZEBY I BARIERY REFORMY SYSTEMU EKONOMICZNO-FINANSOWEGO OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. Instrumentalno—regulacyjna struktura systemu kierowania opieką zdrowotną

1.1. Planowanie jako element systemu kierowania instytucjami opieki zdrowotnej

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

W tym rozdziale ograniczam swoje rozważania do analizy instrumentów kierowania instytucjami opieki zdrowotnej jako instrumentów planistycznych i jako instrumentów zasilania finansowego. Rozróżnienie instrumentów planistycznych i instrumentów zasilania finansowego nie jest łatwe gdyż te same instrumenty mogą występować zarówno jako instrumenty planistyczne, jak i jako instrumenty zasilania finansowego. Z pewnym uproszczeniem można przyjąć, że instrumenty planistyczne odnoszą się do sfery realnej a instrumenty zasilania finanowego odnoszą się do sfery regulacji. Poddając analizie dotychczasowy system kierowania instytucjami opieki zdrowotnej można jednak dojść do wniosku, że stosowane w tym systemie instrumenty mają w zasadzie charakter instrumentów planistycznych wśród których wyróżnić można zespół zasilania finansowego. Instrumenty zasilania finanowego, które nie są równocześnie instrumentami planistycznymi, znajdują zastosowanie wyłącznie w ramach z trudem tylko poddającego się analizie bieżącego zarządzania instytucjami opieki zdrowotnej. Celem rozważań przeprowadzanych w dalszym ciągu tego rozdziału jest bliższe rozpatrzenie problemu skuteczności kierowania instytucjami opieki zdrowotnej przy zastosowaniu instrumentów finansowych, rozpatrywanych tu zasadniczo jako instrumenty planistyczne i jako instrumenty zasilania finansowego odpowiednich instytucji usługowych.

Rozwój i funkcjonowanie opieki zdrowotnej jest przedmiotem planowania społeczno—gospodarczego i planowania budżetowego. Plany społeczno—gospodarcze określają rzeczowe zadania opieki zdrowotnej w ujęciu ilościowym, a w pewnym ograniczonym zakresie także i jakościowym. Budżet państwa natomiast zabezpiecza środki finansowe niezbędne dla realizacji zadań ustalonych w planach społeczno—gospodarczych.

Projekty planów społeczno—gospodarczych są sporządzane w zakresie rozwoju i funkcjonowania opieki zdrowotnej przez Komisję Planowania przy Radzie Ministrów, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Ministerstwo Finansów na szczeblu centralnym, a przez wojewódzkie komisje planowania ggospodarczego, wydziały zdrowia i opieki społecznej urzędów wojewódzkich oraz wydziały finansowe urzędów wojewódzkich na szczeblu terenowym. Zarówno na szczeblu centralnym, jak i na szczeblu wojewódzkim zachodzi konieczność zintegrowania decyzji planistycznych różnych organów biorących udział w procesie planowania (a więc w układzie poziomym). Niezbędna jest także integracja decyzji podejmowanych na szczeblu centralnym i szczeblu terenowym (a więc również w układzie pionowym). Jest to tym

trudniejsze, że poszczególni uczestnicy procesu planowania opieki zdrowotnej są wiązani nie zawsze wzajemnie zgodnymi wskaźnikami, wytycznymi i innymi ustaleniami organów centralnych, uwzględniając poza tym również własne rozeznanie potrzeb i możliwości ich zaspokojenia. Jednolitość ustaleń planowych zapewniają w tych warunkach organy centralne, które w praktyce przesądzają o kształcie planów społeczno—gospodarczych i planów finansowych w sferze opieki zdrowotnej.

Stosowany w praktyce sposób doprowadzenia do zintegrowania decyzji planistycznych wszelkich organów biorących udział w planowaniu opieki zdrowotnej wymaga przynajmniej skrótowego przedstawienia procedury opracowania planów społeczno—gospodarczych oraz budżetu centralnego i budżetów terenowych na szczeblu centralnym i szczeblu wojewódzkim (z uwzględnieniem roli organów centralnych w procesie planowania)[1]. Opieram się tu na systemie obowiązującym do 1989 roku.

Prace nad opracowaniem terenowych planów społeczno—gospodarczych i budżetowych są z sobą zsynchronizowane w czasie, zarówno w zakresie planowania pięcioletniego, jak i planowania rocznego, przy czym w dotychczasowej praktyce planowanie pięcioletnie nie odgrywało większej roli. Planowanie rozpatrywane jako element systemu kierowania sprowadzone jest do planowania rocznego i rozwijane jest w dwóch etapach, obejmujących: planowanie wstępne (w połowie roku poprzedzającego rok planowy) oraz planowanie definitywne (w końcu roku poprzedzającego rok objęty planem).

W pierwszym etapie wydziały zdrowia i opieki społecznej urzędów wojewódzkich opracowują wstępny projekt rocznego planu społeczno—gospodarczego województwa w części dotyczącej ochrony zdrowia. Jest on sporządzany w oparciu o faktyczne potrzeby lokalne, przewidywane wykonaniem planu w roku bezpośrednio poprzedzającym okres objęty planem oraz ustalenia zawarte w planach pięcioletnich. Projekt ten przedstawia potrzeby terenowe w zakresie opieki zdrowotnej w odniesieniu do całego województwa. Jest on przedmiotem pewnych analiz i konsultacji z instytucjami opieki zdrowotnej, głównie z zespołami opieki zdrowotnej z jednej strony oraz z Ministerstwem Zdrowia i Opieki Społecznej z drugiej strony.

Równolegle z opracowaniem wstępnego projektu rocznego planu społeczno—gospodarczego województwa, wydziały zdrowia i opieki społecznej urzędów wojewódzkich opracowują wstępne projekty budżetu w części dotyczącej ochrony zdrowia, opierając się przy tym na opracowanym przez siebie fragmencie wstępnego projektu rocznego planu społeczno—gospodarczego, z uwzględnieniem przy tym wytycznych wydziałów finansowych. Projekty te są następnie przedkładane wydziałom finanowym urzędów wojewódzkich, które na ich podstawie, a także projektów nadsyłanych przez inne wydziały branżowe, przy uwzględnieniu wysokości dochodów własnych i środków wyrównawczych, opracowują projekt budżetu województwa.

Projekt rocznego planu społeczno—gospodarczego województwa i i budżetu województwa podlega, po zaopiniowaniu go przez komisję planu gospodarczego i budżetu wojewódzkiej rady narodowej, wstępnemu zatwierdzeniu w urzędzie wojewódzkim, po czy zostaje on przekazany do Ministerstwa Finansów i centralnego organu planowania a w części dotyczącej ochrony zdrowia, również do Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej.

W tym samym czasie, w którym organy terenowe przygotowywały wstępne projekty budżetu i rocznego planu społeczno—gospodarczego, na szczeblu centralnym prowadzone były analogiczne prace planistyczne. Organy centralne (zarówno Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, jak i Ministerstwo Finansów) przeprowadzają z dość dużą szczegółowością kalkulacje odnoszące się nie tylko do instytucji i zakładów zarządzanych centralnie ale i do instytucji terenowych. Po otrzymaniu projektów rocznych planów społeczno—gospodarczych województw i projektów budżetów województw organy centralne porównują te projekty z własnymi opracowaniami projektów planów i budżetów terenowych, konsultując się przy

[1] Wykorzystuję tu m. in. prace: J. Kaleta, *Terenowe planowanie budżetowe w Polsce Ludowej*, PWE Warszawa 1968; J. Kaleta, *Planowanie budżetowe*, PWE Warszawa 1982; J. Sobiech, *Ekonomika, organizacja i finansowanie terenowej ochrony zdrowia*, w: *Finansowe instrumenty aktywizacji gospodarki terenowej*, Materiały i Prace IFGN SGPiS, tom XXVIII, SGPiS Warszawa 1982; J. Sobiech, *Terenowe planowanie ochrony zdrowia w Polsce i Czechosłowacji (studium porównawcze)*, wyd. cyt., s. 147—191.

tym z przedstawicielami organów terenowych. Dyrektorzy wydziałów finansowych urzędów wojewódzkich uzasadniają w Ministerstwie Finansów projekt budżetu województwa, wyrażając jednocześnie swą opinię o przedłożonych im propozycjach ewentualnych zmian w tych projektach, wynikających z priorytetów państwa i kalkulacji Ministerstwa Finansów. Równocześnie, główni lekarze wojewódzcy będący równocześnie dyrektorami wydziałów zdrowia i opieki społecznej urzędów wojewódzkich przedstawiają w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej projekt planu i budżetu terenowego w zakresie ochrony zdrowia, zapoznając się z ewentualnymi uwagami Ministerstwa dotyczącymi zmiany tych projektów. Podobne uzgodnienia w tym zakresie projektów planów społeczno—gospodarczych przeprowadzane są również w centralnym organie planowania z przewodniczącymi wojewódzkich komisji planowania gospodarczego. W tym samym czasie pewne prace planistyczne prowadzone są także w rozmaitych jednostkach gospodarczych i ministerstwach branżowych (głównie ministerstwie przemysłu oraz pracy i polityki socjalnej) w zakresie przemysłowych i zakładowych służb zdrowia.

W trakcie uzgadniania projektów rocznego planu społeczno—gospodarczego i budżetu w ramach pierwszego etapu prac planistycznych dochodzi w praktyce do swoistego rodzaju „przetargów" między przedstawicielami organów centralnych i terenowych, co wynika głównie z przyjętego systemu równoważenia budżetów teenowych. Przedstawiciele poszczególnych województw przelicytowywują się w jak najbardziej wyrazistym przedstawianiu swych potrzeb dążąc do uzyskania dochodów regulujących w możliwie najwyższej wysokości. Brak jest bowiem obiektywnych kryteriów repartycji dochodów regulujących. Dochodzą jeszcze do tego konsultacje przeprowadzane między Ministerstwem Finansów, Ministerstwem Zdrowia I Opieki Społecznej oraz centralnym organem planowania na temat wielkości zadań planu społeczno—gospodarczego i wielkośsi środków budżetowych. Szczególną rolę odgrywają przy tym ministrowie upoważnieni do koordynacji procesu planowania społeczn—gospodarczego i budżetowego na szczeblu centralnym i terenowym w zakresie poszczególnych dziedzin gospodarki narodowej.

W wyniku tych wszystkich konsultacji i uzgodnień Rada Ministrów uchwala — w oparciu o materiały przygotowane przez centralny organ planowania, przez Ministerstwo Finansów oraz poszczególne ministerstwa branżowe i wreszcie także przez Urzędy wojewódzkie — projekt centralnego planu rocznego oraz budżetu państwa. Uchalony przez Radę Ministrów projekt może być już przyjęty za podstawę uchwalenia rocznych terenowych planów gospodarczych i budżetów rad narodowych.

Wojewódzkie rady narodowe nie muszą czekać na centralny plan roczny i na uchwalenie przez Sejm ustawy budżetowej, przystępują one niezwłocznie po ustaleniu przez Radę Ministrów centralnego planu rocznego i projektu budżetu państwa do drugiego etapu prac nad planem społeczno—gospodarczym i budżetem. W tym etapie, następującym w końcu roku poprzedzającego rok planowany, wydziały zdrowia i opieki społecznej urzędów wojewódzkich i wojewódzkie komisje planowania gospodarczego opracowują definitywne projekty rocznego planu gospodarczego województwa i przekazują instytucjom opieki zdrowotnej odpowiednie wytyczne i wskaźniki odnoszące się do opracowanych przez nie planów. Równolegle, wydziały finansowe urzędów wojewódzkich przystępują do opracowywania ostatecznych projektów jednostkowych i zbiorczych budżetów województw i przekazują instytucjom opieki zdrowotnej odpowiednie wytyczne i wskaźniki wynikające z ostatecznego projektu zbiorczego budżetu województwa. Zarówno projekty rocznych planów gospodarczych, jak i projekty budżetów są przedstawiane komisjom rad narodowych a następnie rozpatrywane i uchwalane przez rady narodowe obu szczebli.

Do rocznych terenowych planów społeczno—gospodarczych odnoszą się przede wszystkim wytyczne zawarte w wydawanych corocznie uchwałach Rady Ministrów w sprawie wytycznych do centralnego planu rocznego, które w zakresie opieki zdrowotnej obejmują odnoszące się do poszczególnych województw wielkości nakładów inwestycyjnych, zatrudnienia i funduszu płac, przy czym ustalenia te mają charakter dyrektywny. W oparciu o te wytyczne wojewódzka komisja planowania gospodarczego ustala i przekazuje wydziałom zdrowia i opieki społecznej

urzędów wojewódzkich: liczbę etatów pracowniczych pełnozatrudnionych, osobowy i bezosobowy fundusz płac oraz wysokość nakładów na inwestycje terenowe. Wskaźniki dotyczące zatrudnienia i funduszu płac są podawane z podziałem na istniejące w województwie jednostki budżetowe, zakłady budżetowe, gospodarstwa pomocnicze, środki specjalne i przedsiębiorstwa prowadzące działalność w zakresie opieki zdrowotnej. Są one traktowane jako wiążące.

Równocześnie wojewódzki organ planowania określa wskaźniki orientacyjne dla poszczególnych dziedzin opieki zdrowotnej, które to wskaźniki praktyka traktuje zresztą na równi z deryktywnymi. Odnosi się to w szczególnym stopniu do jednostek budżetowych, jakimi w większości są instytucje opieki zdrowotnej. W odniesieniu do lecznictwa zamkniętego wskaźnikiem takim jest: średnia ilość łóżek szpitalnych w ciągu roku i na koniec roku. W tym samym trybie ustala się ponadto planowaną liczbę osób hospitalizowanych w poszczególnych województwach. W zakresie lecznictwa otwartego wojewódzki organ planowania podaje orientacyjną liczbę przychodni, z wyodrębnieniem przychodni przyzakładowych oraz listę ośrodków zdrowia w mieście i na wsi. Ponadto wojewódzki organ planowania ustala średnią ilość miejsc w żłobkach i ich stan na koniec roku. To samo odnosi się do wielkości nakładów na kapitalne remonty.

Wytyczne Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, wypływające z wytycznych Rady Ministrów, są adresowane bezpośrednio do wydziałów zdrowia i opieki społecznej urzędów wojewódzkich, a więc z pominięciem wojewodów. Zawierają one zlecenia dotyczące pożądanych sposobów podnoszenia jakości usług opieki zdrowotnej oraz ewentualnej reorganizacji opieki zdrowotnej (o ile jest ona przewidziana w okresie objętym planem co w jakimś zakresie w każdym roku ma miejsce). Wskazują one także zadania, na które należy w danym roku zwrócić szczególną uwagę. Ponadto, wytyczne te zawierają wskaźniki liczbowe, z których następujące są traktowane jako obowiązujące: ilości etatów lekarzy (z uwzględnieniem w tym etatów dla stażystów i lekarzy dentystów), ilości godzin pracy pracowników niepełnozatrudnionych (z wyodrębnieniem ilości godzin dla lekarzy dentystów) oraz roczny limit godzin nadliczbowych. Wskaźniki te przekazywane są następnie przez wydziały zdrowia i opieki społecznej urzędów wojewódzkich lub wprost instytucjom opieki zdrwotnej a więc zwłaszcza zespołom opieki zdrowotnej.

Charakterystyczne jest, że omówione wytyczne Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej mają w zasadzie znaczenie dopiero w drugim etapie prac planistycznych. W pierwszym etapie prac nad wstępnym projektem planu wydziały zdrowia i opieki społecznej przyjmują za podstawę planowania potrzeby lokalne, przewidywane wykonaniem zadań w roku bezpośrednio poprzedzającym okres objęty planem, zdolności usługowe odpowiednich instytucji opieki zdrowotnej oraz ustalenia planów wieloletnich. Nie ma to jednak większego praktycznego znaczenia, gdyż ostatecznie właściwe wytyczne pochodzące ze szczebla centralnego stanowią o zadaniach przyjętych do realizacji i o wielkości środków przeznaczonych na wykonanie odpowiednich planowych zadań usługowych w sferze opieki zdrowotnej.

Jakkolwiek przedstawione tu wytyczne odnoszą się do planowania usług opieki zdrowotnej, to nie pozostają one bez wpływu na kształt budżetu w części odnoszącej się do ochrony zdrowia. W stosunku do budżetów terenowych mają ponadto zastosowanie wytyczne specyficzne dla planowania budżetowego, a zwłaszcza uchwały Rady Ministrów w sprawie projektu państwa i zadań finansowych przedsiębiorstw oraz wytyczne zawarte w zarządzeniach Ministra Finansów w sprawie opracowania projektu budżetów terenowych (tzw. noty budżetowe). Wytyczne Ministra Finansów i wydane na ich podstawie wytyczne wydziałów finansowych urzędów wojewódzkich, które dotyczą zasad opracowania projektów budżetów podstawowych, obowiązują w pierwszym etapie prac planistycznych a uchwała Rady Ministrów — w planowaniu definitywnym. W praktyce planistycznej wszystkie te wytyczne mają znaczenie dla wydziałów zdrowia i opieki społecznej urzędów wojewódzkich i wprost dla instytucji opieki zdrowotnej.

Na ustaleniach zawartych w uchwałach Rady Ministrów w sprawie projektu budżetu państwa i zadań finansowych przedsiębiorstw oraz w notach budżetowych opiera się planowanie zapotrzebowania finanowego poszczególnych instytucji opieki zdrowotnej, określają one bowiem zasady kalkulowania wydatków i dochodów oraz wskaźniki i normy budżetowe. Warto

o tym wspomnieć dla zobrazowania, w jakim stopniu odgórne ograniczenia ograniczają samodzielność decyzji organów terenowych. Największe znaczenie w opiece zdrowotnej mają normy wydatków na żywienie i normy wydatków na leczenie (w zakresie wydatków administracyjno—rzeczowych, które nie podlegają normowaniu, przepisy nakazują przyjmować średnią wielkość wydatków planowanych w tym zakresie na rok bezpośrednio poprzedzający rok, do którego odnosi się opracowany budżet), oraz limitowanie zatrudnienia i funduszu płac, z podziałem na osobowy i bezosobowy, do czego trzeba będzie jeszcze w dalszym ciągu wrócić.

Dla omawianego systemu planowania opieki zdrowotnej charakterystyczne jest przy tym, że organy szczebla wojewódzkiego formułują w równie szczegółowy sposób zadania i środki ich realizacji dla organów terenowych oraz dla instytucji opieki zdrowotnej, określając w szczególności ilość łóżek, liczbę osób hospitalizowanych, liczbę porad oraz fundusz płac. Dla instytucji opieki zdrowotnej są ustalone ponadto przez organy wojewódzkie następujące wskaźniki dyrektywne: norma budżetowa na żywienie chorych na 1 osobodzień, norma budżetowa wydatków na leki na 1 hospitalizowanego, na 1 poradę lekarską i dentystyczną, na 1 dobokaretkę oraz norma określająca maksymalną wartość materiałów dentystycznyh na 1 protezę. Organy szczebla wojewódzkiego ustalają również dla poszczególnych instytucji opieki zdrowotnej normę wydatków rzeczowych na 1 łóżko szpitalnie rocznie, na 1 protezę, na 1 poradę, na 1 dobokaretkę dla poszczególnych zespołów opieki zdrowotnej a poza tym jeszcze zatrudnienie w instytucjach opieki zdrowotnej przez określenie średniej ilości etatów ogółem (z wyszczególnieniem w tym średniej rocznej ilości lekarzy medycyny i średniej rocznej ilości lekarzy dentystów) oraz limity godzin pracy dla niepełnozatrudnionych.

Liczba wytyczonych, jak widać z powyższego opisu, jest znaczna. Sama ich lektura zajmuje aparatowi planującemu niezmiernie dużo czasu. Nie powinno dziwić, że przy tak dużej liczbie wydawanych przez rozmaite organy wytycznych, są one nie tylko po prostu powtarzane, lecz także, co gorsze, często między sobą sprzeczne. W tym stanie rzeczy trudno mówić o skuteczności omawianego systemu planowania opieki zdrowotnej rozpatrywanego jako część składowa systemu kierowania tą opieką. Zakres zadań ustalony w zakresie opieki zdrowotnej na podstawie wytycznych jest w Polsce tak szeroki, że nie pozostawia ani organom terenowym ani instytucjom opieki zdrowotnej niemal żadnych możliwości do podejmowania decyzji planistycznych. W tym stanie rzeczy można mieć wątpliwości czy rzeczywiście występuje w Polsce terenowa opieka zdrowotna w ścisłym znaczeniu, czy też mamy do czynienia z terenowymi ogniwami zarządzającej centralnie opieki zdrowotnej. Nie można mieć natomiast wątpliwości, że instytucje opieki zdrowotnej są w całości pozbawione autonomii.

Opracowane w przedstawionym wyżej trybie plany rzeczowe i budżetowe nie odpowiadają na ogół potrzebom opieki zdrowotnej. W tych warunkach nie można przypisywać systemowi planowania opieki zdrowotnej rozpatrywanemu jako fragment systemu kierowania tą opieką cechy adekwatności. Pojawia się w związku z tym w praktyce szczególna sytuacja: instrumenty planistyczne służą do opracowania planów, które są dokumentami bez większego praktycznego znaczenia (dotyczy to w największym stopniu planów instytucji opieki zdrowotnej), czego już w momencie sporządzania tych planów świadomi są wszyscy uczestnicy procesu planowania. Działalność poszczególnych instytucji prowadzona jest niejako obok planu, czego jaskrawym przejawem jest coroczne zwiększenie w trakcie roku budżetowego kredytów budżetowych na opiekę zdrowotną w dostosowaniu do rzeczywistego przebiegu prowadzonej w tym zakresie działalności. Sytuacja ta podlega szczególnemu zaostrzeniu w warunkach nasilenia procesów inflacyjnych. Brak jest bowiem mechanizmów dostosowawczych w systemie planowania do procesów inflacyjnych w skali w jakiej się one pojawiły w latach 80—tych w Polsce.

(2) Od szeregu lat wysuwana jest — a także w ograniczonym zakresie stosowana w praktyce — idea planowania problemowego w odniesieniu zwłaszcza do sfery usług społecznych. Realizacja tej idei oznacza wprowadzenie wieloletniego planowania zadań w dziedzinie opieki zdrowotnej, co ma znaczenie tym większe, że umożliwia uwzględnienie zadań w zakresie profilaktyki, gdyż realizowane być one muszą w stosunkowo długich okresach czasu a ocena ich skuteczności wymaga jeszcze dłuższego horyzontu czasowego.

Proces ustalania i realizacji programów na rzecz opieki zdrowotnej powinien przebiegać wieloetapowo[2]:

– w I etapie należałoby dokonać wstępnego rozeznania sytuacji zdrowotnej w zakresie objętym programem w oparciu o wyniki analizy ststystycznej i demografii, zdrowotności, chorobowości, inwalidztwa i umieralności a także określić potrzeby zdrowotne;

– w II etapie następuje szczegółowe diagnozowanie i prognozowanie sytuacji zdrowotnej i potrzeb zdrowotnych w oparciu o przeprowadzone uprzednio badania epidemiologiczne oraz możliwe do zastosowania metody predykcji;

– w III etapie występuje formułowanie ogólnej koncepcji problemowego programu działalnia z określeniem celów i zakresu oraz form i metod podejmowanych działań (w oparciu o ustalenia podjęte w II etapie a dotyczące prognozy potrzeb zdrowotnych i możliwości ich zaspokajenia, z uwzględnieniem stających do dyspozycji urządzeń infrastruktury opieki zdrowotnej, kadr i środków finansowych);

– w IV etapie następuje wybór optymalnego wariantu programu działania (analiza efektywności *ex ante*) z uwzględnieniem kryteriów celowości, korzystności i ekonomiczności działania w określonych warunkach;

– w V etapie występuje określenie zadań, warunków i sposobów działania poszczególnych wykonawców programu problemowego oraz sama jego realizacja;

– w VI etapie wreszcie należy przeprowadzić ocenę efektywności zrealizowanego już programu (*ex post*) oraz ewentualnie dokonać korekty programu.

Wydaje się, że idea wieloletniego programowania problemowego działań w zakresie opieki zdrowotnej jest godna uwagi. Przedyskutowania jednakże wymaga objęcie tych programów wieloletnimi planami społeczno–gospodarczymi, a także – aby możliwości realizacji programów problemowych uczynić realnymi – również i wieloletnimi programami finansowymi (budżetowymi), bez względu na formę, w jakiej by one występowały. Wieloletnie plany społeczno–gospodarcze ciągle jeszcze nie odgrywają jednak w Polsce większej roli, są one bardziej planami postulatywnymi niż decyzyjnymi. Wieloletnie planowanie finansowe (budżetowe) ciągle jeszcze jest wyłącznie przedmiotem naukowych dyskusji[3]. Niezbędne wydaje się przynajmniej określenie relacji między programami problemowymi a wieloletnimi planami społeczno–gospodarczymi i programami finansowymi.

W 1987 roku powstał w Polsce pierwszy poważny wieloletni problemowy program w zakresie opieki zdrowotnej[4], który w związku z tym należy tutaj bliżej omwić. Program ten został przygotowany w ramach propagowanego i koordynowanego przez Światową Organizację Zdrowia ogólnoświatowego ruchu – czy jak się niekiedy mówi strategii – rozwijanego pod hasłem „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000" (ZDW 2000). Najogólniejszym celem tego ruchu jest doprowadzenie stanu zdrowia ludności do poziomu umożliwiającego wszystkim prowadzenie życia twórczego pod względem społecznym i ekonomicznym. W roku 1981 opublikowany został dokument[5] formułujący idee i cele określanych powyższym hasłem zamierzeń w skali światowej (globalnej), wraz z ogólnymi wskazówkami dotyczącymi metod realizacji ideii i metod osiągnięcia celów. Następny krok stanowią odpowiednie programy regionalne, dostosowujące ogólne idee i cele ruchu ZDW 2000 do warunków rozmaitych regionów świata. Program dla Europy opublikowany został w 1982 r.[6]

W ślad za programami regionalnymi idą odpowiednie programy narodowe, opracowane przez poszczególne kraje członkowskie ŚOZ. Jednym z takich narodowych programów, próbujących łączyć ogólne idee i cele programu globalnego i europejskiego programu

[2] Prekursorem programów problemowych w zakresie ochrony zdrowia w Polsce był B.M. Kleczkowski, *Programowanie ochrony zdrowia społeczeństwa, Model ogólnej metody aptymalizacji,* Zdrowie Publiczne 1968 Supelment nr 2.

[3] J. Wierzbicki, *Budżety terenowe w systemie wieloletniego planowania budżetowego,* (I i II) Finanse 1973 nr 7 i 8; J. Wierzbicki,*Znaczenie wieloletniego planowania budżetowego dla decentralizacji zarządzania gospodarką terenową,*w:*Przebudowa systemu budżetowego,*PWE Warszawa 1974, s. 164 i nast.

[4] Rządowa Komisja do Opracowania Raportu ZDW 2000, *Cele i założenia polskiego programu.* „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000" PZWL Warszawa 1987.

[5] *Global strategy for All by the Year 2000,* WHO Geneva 1981.

[6] *Reginal Strategy for Attaining Health for All by the Year 2000,* Regional Office WHO, Copenhagen 1982.

regionalnego z warunkami i możliwościami poszczególnych krajów, jest polski program ZDW 2000, mający dotychczas wyłącznie charakter opracowania roboczego o charakterze studyjnym. Wewnętrzne warunki i mozliwości tego programu są związane zwłaszcza z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia i sytuacją zdrowotną ludności, dlatego też rozwój ochrony zdrowia w 40—leciu PRL z oceną sytuacji zdrowotnej ludności Polski w latach 80—tych stanowi punkt wyjścia tego programu. W omawianym programie przedstawione zostały priorytetowe cele zdrowotne, ujęte w postaci skonkretyzowanych i zasadniczo jasno i krótko ujętych 7 celów, jakie — zdaniem autorów — powinny być w Polsce do roku 2000 osiągnięte (np.cel 4: do roku 2000 umieralność niemowląt nie powinna przekroczyć 10 zgonów na 1000 urodzeń żywych a umieralność matek 10 zgonów na 1000 urodzeń żywych, czy cel 7: do roku 2000 zgony z powodu wypadków)urazów i zatruć) powinny być zmniejszone o 1/4).

Realizacja założonych priorytetowych celów zdrowotnych wymaga opracowania odpowiednich programów realizacyjnych. Takich programów realizacyjnych jednakże nie sformułowano a ograniczono się jedynie do sformułowania w jasny i krótki sposób 14 zadań, jakie powinny zostać wykonane, aby możliwa była realizacja wybranych do osiągnięcia w Polsce w roku 2000 priorytetowych celów zdrowotnych. W opracowaniu wyróżniono wprawdzie dziedziny (centralne planowanie, kultura i zachowanie zdrowotne, produkcja i konsumpcja żywności, warunki zdrowotne środowiska, opieka zdrowotna), w jakich należałoby podjąć pilne prace nad konkretyzacją polskiego programu ZDW 2000. Jednakże ograniczono się wyłącznie do wyróżnienia tych dziedzin bez wskazania chociażby kierunków niezbędnych prac w każdej z wyróżnionych dziedzin. Odczuwa się zwłaszcza brak w tym opracowaniu powiązań ochrony zdrowia z poziomem rozwoju społeczno—gospodarczego kraju.

W omawianym programie zwraca przede wszystkim uwagę podejście do zdrowia, które traktowane jest jako jedna z podstawowych wartości zarówno dla jednostki, jak i dla społeczeństwa. Odpowiedzialność za zdrowie spoczywa również na jednostce i na społeczeństwie, a sam poziom zdrowia jest skumulowanym rezultatem odpowiednich działań jednostek i społeczeństwa. Właściwe wydaje się także szerokie ujęcie warunków, jakie muszą być spełnione, aby realizacja polskiego programu ZDW 2000 była możliwa. Obok tak fundamentalnego warunku jest zapewnienie trwałego pokoju między narodami wyróżnia się zapewnienie wszystkim równych szans wszechstronnego rozwoju fizycznego, umysłowego i kulturalnego, co wymaga przynajmniej zmniejszenia istniejącego w tym zakresie rozwarstwienia terytorialnego i społecznego. Niezbędne jest zapewnienie odpowiedniego wyżywienia i odpowiednich warunków mieszkaniowych oraz poprawy stanu higieny komunalnej i stanu środowiska naturalnego (głównie zasobów wodnych oraz powietrza atmosferycznego).

Treść polskiego programu ZDW 2000 zachęca raczej do dyskusji, której przedmiot mógłby być niezwykle szeroki i wielopłaszczyznowy aniżeli stanowi instrument kierowania opieką zdrowotną. Sformułowane w nim priorytetowe cele zdrowotne wynikają wyłącznie ze stosunkowo wnikliwej oceny sytuacji zdrowotnej ludności, a pomijają położenie ekonomiczne i warunki rozwoju gospodarczego kraju do roku 2000. Realizacja większości tych celów wymagałaby takiego postępu ekonomicznego już do roku 1990, jaki nie został osiągnięty ani nie był założony w NPSG, oraz takiego przyspieszenia rozwoju gospodarczego kraju w latach następnych, jaki nie wydaje się możliwy. Poważne potraktowanie omawianego opracowania jako realizowanego programu problemowego musiałoby doprowadzić do zasadniczych zmian w planowaniu społeczno—gospodarczym i planowaniu przestrzennym. Podstawowy cel społeczny jakim jest poziom zdrowotności społeczeństwa, który byl dotychczas zasadniczo pomijany tak w planowaniu społeczno—gospodarczym, jak i w planowaniu przestrzennym staje się głównym finalnym celem rozmaitych zamierzeń planistycznych i podstawowym kryterium optymalizacji planów, zastępując takie wskaźniki jak dochód narodowy na 1 mieszkańca itp.

Z ekonomicznego punktu widzenia dyskusyjny wydaje się wybór zadań, jakie mają doprowadzić do realizacji założonych priorytetowych celów zdrowotnych. Powinno w zasadzie do tego prowadzić skoncentrowanie programów operacyjnych czego w polskim programie „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000" nie uczyniono. Znajdujemy w nim tymczasem jedynie dosyć ogólnie sformułowane zadania, bez próby szacunku kosztów, jakie wiązać się będą

z realizacją przyjętych do wykonania zadań. Wydaje się więc że ta część polskiego programu ZDW 2000 wymaga zdecydowanie rozwinięcia i konkretyzacji.

1.2. Instrumenty stosowane w planowaniu instytucji opieki zdrowotnej

(1) Instrumenty planistyczne stosowane wobec instytucji opieki zdrowotnej w istniejącym w Polsce systemie kierowania opieką zdrowotną omówię w dalszym ciągu na przykładzie zespołów opieki zdrowotnej, będących typowymi instytucjami, integrującymi wszystkie inne instytucje państwowej opieki zdrowotnej w rejonie ich działania.

W zespole opieki zdrowotnej planuje się usługi i świadczenia zdrowotne oddzielnie dla lecznictwa otwartego i lecznictwa zamkniętego, pracowni protetycznych oraz oddziałów pomocy doraźnej, przy czym kompleksowy plan działalności usługowej nie jest w zespołach opieki zdrowotnej opracowywany. Podstawą planowania usług opieki zdrowotnej jest plan zatrudnienia i plan sieci odpowiednich urządzeń infrastrukturalnych opieki zdrowotnej oraz ilości przychodni i ośrodków zdrowia.

W zakresie lecznictwa otwartego planuje się w zespołach opieki zdrowotnej ilość porad lekarskich, ilość wykonanych protez dentystycznych, szczepienia obowiązkowe dla dzieci, akcję fluoryzacji w przedszkolach i szkołach oraz ilość dobokaretek dla działu pomocy doraźnej i przyjęć.

Liczba porad lekarskich oraz ilość protez do wykonania jest ustalona dla poszczególnych zespołów wiążąco przez Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego (w otrzymywanej corocznie kalkulacji wydatków do rozdziału 8511 — „lecznictwo ogólne"). Ustaloną przez Wydział Zdrowia ilość porad lekarskich do wykonania w danym roku zespoły rozdzielają pomiędzy poszczególne przychodnie i ośrodki zdrowia, z rozbiciem na istniejące w nich poradnie, ustalając przy tym szczegółowy plan działalności wszystkich poradni i gabinetów zabiegowych.

Planowanie ilości porad lekarskich i dentystycznych w poszczególnych poradniach byłoby istotne tylko w przypadku dokonywania szczegółowej analizy stopnia wykonania planów. Analiza takich wskaźników, jak: ilość przyjętych pacjentów ogółem oraz ilość przyjętych pacjentów w ciągu godziny, pozwalałaby ustalić stopień dostępności usług w poszczególnych poradniach, stopień obciążenia i wykorzystania personelu, a nawet w pewnym zakresie jakość świadczonych usług oraz stopień wykorzystania aparatury i sprzętu medycznego w poszczególnych komórkach organizacyjnych instytucji opieki zdrowotnej. Analiza taka mogłaby być podstawą ustalenia ilości rejonów zapobiegawczo—leczniczych, rozmieszczenia kadr medycznych w poszczególnych rejonach i poradniach, ustalenia prawidłowych godzin otwarcia poszczególnych poradni itp.

W praktycznej działalności Zespołów Opieki Zdrowotnej plan ilości porad ustalany corocznie przez Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego nie podlega korekcie nawet przy zmianie stanu zatrudnienia lekarzy w lecznictwie otwartym. Przekroczenie ilości porad nie powoduje przy tym zwiększenia ilości środków finansowych na działalność Zespołów. W dotychczasowej działalności Zespołów planowanie ilości porad ma jak dotąd znaczenie jedynie formalne.

Szczepienia obowiązkowe dzieci zdrowych wykonuje się według kalendarza szczepień ustalonego przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. Poradnie dziecięce opracowują zapotrzebowanie na odpowiednie szczepionki. Planowanie szczepień nie ma powiązania z planem finansowym (szczepionki zespoły otrzymują bezpłatnie od Terenowych Stacji Sanitarno—Epidemiologicznych) i nie jest ujmowane w planie porad (planowanie szczepień ma znaczenie jedynie dla wewnętrznej organizacji pracy poradni).

Rozmiary akcji fluoryzacji prowadzonej przez lekarzy stomatologów ustalają Zespoły Opieki Zdrowotnej w zależności od wielkości środków finansowych ustalanych przez Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego na ten cel.

W lecznictwie zamkniętym planuje się ilość łóżek, ilość osobodni leczenia oraz ilość osób hospitalizowanych. Są to wskaźniki budżetowe stanowiące podstawy odniesienia do norm

budżetowych. Wszystkie te wskaźniki ustalone są wiążąco dla ZOZ przez Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego. Jakkolwiek wskaźniki te ustalane są szacunkowo to stopień dowolności w ich określaniu jest ograniczony, co wynika z powiązania tych wskaźników z ilością łóżek, którą w zasadzie manipulować nie można. Przyjmowana do planu liczba osobodni uzależniona jest jednak od przyjętego dla danego oddziału szpitalnego wskaźnika średniego wykorzystania łóżek, a ilość osób hospitalizowanych — od przyjętego wskaźnika średniej długości pobytu chorego w szpitalu.

Wydaje się, że stosowanie wskaźnika wykonania osobodni leczenia jako wskaźnika obrazującego pracę oddziału szpitalnego nie jest właściwe i często powoduje przetrzymywanie pacjentów, czyli utrzymywanie sztucznego „obłożenia" łóżek, co daje nieprawidłowy obraz zapotrzebowania na łóżka szpitalne. Plan działalności usługowej w tym zakresie powinien umożliwiać leczenie coraz to większej liczby chorych, a najłatwiej byłoby to uzyskać przez wydłużenie średniego wykorzystania łóżek szpitalnych w roku i skrócenie średniego okresu pobytu pacjentów w szpitalu. Obecny system planowania działalności w szpitalach zachęca jednak do działań wręcz przeciwnych.

Trzeba dodać, że mimo mocno rozbudowanej w opiece zdrowotnej statystyki i sprawozdawczości medycznej nie prowadzi się badań potrzeb zdrowotnych ani oceny sytuacji epidemiologicznej. Tymczasem informacje takie mogłyby stać się, przy prawidłowo prowadzonej analizie, podstawą do ustalenia ważnych zadań w zakresie profilaktyki. I chociaż zapobieganie chorobom powinno dominować w działalności zespołów opieki zdrowotnej to jak dotychczas zadania w tym zakresie nie są w planach ustalane, ani nawet pośrednio uwzględniane.

(2) Proces planowania finansowego rozpoczyna się w Zespole Opieki Zdrowotnej z chwilą otrzymania z Wydziału Zdrowia i Opieki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego na początku grudnia roku poprzedzającego rok planowany tzw. wytycznych, dotyczących opracowania planu finansowego wraz z ustalonymi odgórnie zadaniami planu gospodarczego, szczegółowym planem zatrudnienia, limitem funduszu płac, planem dochodów i wydatków w poszczególnych rozdziałach klasyfikacji budżetowej oraz szczegółową kalkulacją wydatków do podstawowego w działalności ZOZ rozdziału 8511 „lecznictwo ogólne".

Szczegółowa kalkulacja wydatków do rozdziału „lecznictwo ogólne" zawiera dyrektywne wielkości: ilość łóżek szpitalnych, wskaźników budżetowych (liczby osób hospitalizowanych, liczby osobodni, liczby porad lekarskich i dentystycznych, liczby protez dentystycznych, liczby dobokaretek), norm budżetowych wydatków rzeczowych (na jedno łóżko, na jedną poradę, na jedną protezę, na jedną dobokaretkę), norm budżetowych wydatków na żywienie (na 1 osobodzień), norm budżetowych wydatków na leczenie (na jednego hospitalizowanego, na jedną poradę lekarską i dentystyczną, wartość materiałów dentystycznych na jedną protezę i na jedną dobokaretkę) oraz wyliczoną na podstawie wskaźników i norm budżetowych wysokość kredytów budżetowych.

Ponadto zespoły są wiązane dyrektywnie określanymi przez Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej wielkościami osobowego funduszu płac, bezosobowego funduszu płac, funduszu na podróże służbowe, tzw. różnych wydatków osobowych, środków na zakup sprzętu medycznego, składki ubezpieczenia społecznego (w wysokości uzależnionej od wielkości funduszu płac) oraz wpłat na fundusz mieszkaniowy i fundusz socjalny.

Wszystkie wydatki osobowe są dyrektywnie limitowne, przy czym wysokość tych limitów jest ustalona orientacyjnie na podstawie wykonania wydatków w okresie poprzedzającym okres planowy. Wysokość planowanych wydatków nie uwzględnia zazwyczaj takich elementów, jak: przygotowanie kadry do obiektów nowo uruchamianych i związany z tym wzrost etatów i funduszu płac, awanse, wprowadzenie pracy dwuzmianowej, bądź też dodatkowych dyżurów, otwieranie lub wydłużanie czasu pracy poradni i pracowni w celu poprawy dostępności świadczonych usług leczniczych itp.

Podstawą do ustalania wydatków na leki i środki pomocnicze w lecznictwie zamkniętym jest ilość osób hospitalizowanych oraz norma na leczenie, uwzględniająca oprócz leków również materiały do badań diagnostycznych (np. odczynniki, błony rentgenowskie). Ten sposób

planowania rodzi tendencję do zwiększania ilości pacjentów poprzez skracanie czasu ich pobytu w szpitalu (co może być przyczyną „niedoleczenia chorych") oraz poprzez tzw. „dostawki". I tutaj nie uwzględnia się specyfiki placówek leczniczych w zakresie zróżnicowanego zapotrzebowania na leki, spowodowanego zróżnicowaną zachorowalnością na rozmaite choroby.

Charakter dyrektywny mają od niedawna również wydatki na zakup sprzętu medycznego. Przepisy nie określają jednoznacznie kryteriów kwalifikowania materiałów lub przedmiotów nietrwałych do sprzętu medycznego. Zarówno to, jak i sam fakt ograniczania kredytów budżetowych sprawiają, że zakup materiałów, aparatury i urządzeń, służących bezpośrednio pacjentom i hospitalizowanym, ogranicza się tylko do najniezbędniejszych potrzeb.

Z przedstawionego systemu planowania wydatków w rozdziale „lecznictwo ogólne", mającym istotne znaczenie w działalności zespołów opieki zdrowotnej wynika, że nie mają one żadnego wpływu na ich wysokość. To samo odnosi się do wydatków w rozdziałach 8591 — „leki dla uprawnionych", 8595 — „różna działalność", 8613 — „zasiłki i pomoc w naturze", 8695 — „różna działalność", które są ustalane dyrektywnie poprzez Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej bez bliższego uzasadnienia ich wysokości.

W tym stanie rzeczy Zespoły Opieki Zdrowotnej nie odgrywają w planowaniu swoich wydatków prawie żadnej roli. Ograniczają się one jedynie do ustalenia — i to w ograniczonym zakresie — kierunków wydatkowania kredytów budżetowych w poszczególnych przedziałach rodzajowej klasyfikacji wydatków oraz podziału kwoty preliminowanych wydatków rzeczowych według ustalonych przepisami kryteriów na wydatki z tytułu zakupu materiałów i przedmiotów nietrwałych, z tytułu dostaw energii, z tytułu usług materialnych i niematerialnych. Zespół Opieki Zdrowotnej nie ma wpływu na wysokość kredytów budżetowych niezbędnych dla bieżącej reealizacji zadań w zakresie lecznictwa.

Tym samym plan rzeczowy i sama działalność usługowa zostaje podporządkowana planowi finansowemu, który w części dotyczącej wydatków osobowych, wydatków rzeczowych i wydatków na leczenie zostaje ustalony właściwie w pełnej szczegółowości przez Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego. A ponieważ podstawę do ustalenia wysokości wydatków rzeczowych stanowią wskaźniki budżetowe oraz ustalone odgórnie, wspólnie dla wszystkich zespołów, normy budżetowe — przydzielane według powyższych kryteriów środki nie uwzględniają specyfiki i warunków działalności poszczególnych placówek leczniczych (stan techniczny obiektów, ich wyposażenia, rozproszenie placówek leczniczych, rodzaj pracowni, poradni itp.). Nie może to pozostawać bez wpływu na działalność usługową Zespołów Opieki Zdrowotnej.

Nieco inaczej wygląda sposób planowania nakładów na kapitalne remonty. Zespoły składają w końcu roku zapotrzebowanie na środki wraz ze szczegółowym uzasadnieniem. Nie znaczy to jednak, że potrzeby jednostek zostaną całkowicie uwzględnione, i w tym bowiem przypadku wielkość środków jest ograniczona.

Zmiany planu finansowego w trakcie jego realizacji są dokonywane bardzo często. Przepisy przewidują możliwość dokonywania takich zmian w przypadku przenoszenia kredytów między rozdziałami — na podstawie decyzji jednostek nadrzędnych — po złożeniu wniosku przez Zespół Opieki Zdrowotnej oraz w przypadku przenoszenia kredytów między paragrafami — na podstawie decyzji samego dyrektora Zespołu. Z tej ostatniej możliwości Zespoły Opieki Zdrowotnej korzystają dosyć często, urealniając w miarę możliwości plan w trakcie roku.

W zasadzie plan finansowy może być zmieniany we wszystkich jego elementach (wskaźniki budżetowe, normy budżetowe, kredyty budżetowe), gdy zachodzi tego potrzeba ze względu na wadliwe sporządzenie tego planu lub powstanie nowych okoliczności, których nie można było wcześniej przewidzieć. W praktyce działalności Zespołów Opieki Zdrowotnej najczęstszą przyczyną jego zmian w ciągu roku jest jego nierealność już w momencie jego sporządzania.

Związane z tym dofinansowanie w ciągu roku nie idzie w parze ze zmianą norm budżetowych i w związku z tym występują na koniec roku przekroczenia norm planowanych z początkiem roku. Mogłoby to sugerować, że podnosi się standard usług lub, że prowadzi się nieracjonalną gospodarkę, że nie przestrzega się na bieżąco podstawowych zasad dyscypliny finansowej itp. W gruncie rzeczy dofinansowanie otrzymane w trakcie roku jest z reguły niezbędnym

zabezpieczeniem najpilniejszych potrzeb w zakresie działalności prowadzonej przez wszystkie jednostki Zespołów Opieki Zdrowotnej.

Pewną pomoc w zakresie finansowania potrzeb dotyczących ochrony zdrowia stanowi Narodowy Fundusz Ochrony Zdrowia. Przepisy szczegółowo określają zasady i kierunki jego wykorzystania i w zasadzie uniemożliwiają swobodne dysponowanie tym funduszem przez Zespoły Opieki Zdrowotnej.

1.3. Ocena regulacyjnego znaczenia instrumentów kierowania instytucjami opieki zdrowotnej

Rozpatrywanie skuteczności instrumentów planistycznych w kierowaniu instytucjami opieki zdrowotnej rozpocznę od analizy skuteczności instrumentów regulujących zatrudnienie w instytucjach opieki zdrowotnej oraz instrumentów regulujących gospodarkę lekami w tych instytucjach. Jako instrumenty regulujące zatrudnienie w opiece zdrowotnej traktowane mogą być normy zatrudnienia, przeciętne płace oraz stawki płac wraz z dodatkami. Natomiast jako instrumenty regulujące spożycie leków w szpitalnictwie mogą być traktowane odpowiednie normy budżetowe, a w przypadku leków nabywanych w aptekach ceny leków oraz warunki odpłatności za leki.

Normy zatrudnienia określające obsadę kadr medycznych w typowych instytucjach opieki zdrowotnej nie są aktualnie stosowane, jakkolwiek znajdowały zastosowanie w latach 50–tych[7] i można się niekiedy spotkać z postulatami ich przywrócenia[8]. Podejmowane jednak próby ustalania norm obsady osobowej dawały wielkości znacznie odbiegające od możliwości praktycznego stosowania, oraz, co ważniejsze, przy ustalaniu tych norm natrafiono na trudności w znalezieniu odpowiednich podstaw ich ustalania i różnicowania. Uznano więc przyjmowanie takich norm za niewłaściwe, gdyż mogłoby to z jednej strony prowadzić do wysuwania żądań, których zaspokojenie nie byłoby możliwe, a z drugiej strony rodziłoby niezadowolenie w licznych instytucjach o nadmiernym zatrudnieniu. Warto dodać, że w niektórych krajach normy zatrudnienia znajdują mimo to praktyczne zastosowanie[9].

Jako instrument regulujący wielkość funduszu płac w opiece zdrowotnej stosowana jest przeciętna płaca i średnia liczba pracowników pełnozatrudnionych. Przeciętną płacą posługują się: organ centralny wobec organów wojewódzkich oraz organy wojewódzkie wobec instytucji opieki zdrowotnej. Uważa się na ogół, że przeciętna płaca mogłaby być stosunkowo skutecznym narzędziem racjonalnego rozmieszczenia kadr medycznych (głównie lekarzy). Tak jednak nie jest, przede wszystkim ze względu na schematyczne i utrwalające istniejącą strukturę zatrudnienia posługiwanie się tym instrumentem w praktyce, co powoduje właśnie utrwalenie się różnic w wysokości przeciętnej płacy między województwami i zespołami opieki zdrowotnej. Różnice w wysokości przeciętnej płacy sięgają aktualnie 20% i ulegają niewielkiemu, ale ciągłemu zwiększaniu się[10].

Wydaje się, że nie można przeceniać znaczenia przeciętnej płacy i to nie tylko ze względu na to, że przeciętna płaca w opiece zdrowotnej jest niska. Ważniejsze jest silnie utrwalone w praktyce przekonanie, że jedyną funkcją przeciętnej płacy jest ograniczenie funduszu płac. Tendencja do ograniczania funduszu płac w działalności niematerialnej jest tym silniejsza, im większy występuje niekontrolowany wzrost płac w sferze produkcji. Powoduje to powstawanie w poszczególnych województwach i instytucjach opieki zdrowotnej silnych „napięć" funduszu płac, wyrażających się tym, że ustalone na początku roku wielkości funduszu płace są z reguły niższe od zapotrzebowania wynikającego

---

[7] L. Wiszniewski, *Planowanie urządzeń kulturalnych i socjalnych*, PWG Warszawa 1954, s. 130 i nast.

[8] K. Tymowska, C. Włodarczyk, *Reforma w ochronie zdrowia i opiece społecznej*, *wyd. cyt.*, s. 193 i nast.

[9] J. Sobiech, *Terenowe planowanie ochrony zdrowia w Polsce i Czechosłowacji (studium porównawcze)*, *wyd. cyt.*, s. 172 i nast. H. Sochacka-Krysiak, W. Jaworski, *Finanse państw socjalistycznych*, wyd. II PWE Warszawa 1982, s. 103 i nast.

[10] *Rocznik statystyczny 1988*, GUS Warszawa 1989, s. 371 tab. 112.

z już istniejącej struktury zatrudnienia. Trzeba tutaj dodać, że w warunkach inflacji mechanizm ten nie działa a w każdym razie przeciętna płaca przestaje być instrumentem planistycznym.

Stawki płac wraz z dodatkami (głównie fakultatywnymi) mają zachęcać do wydajności pracy, a także służyć racjonalizacji zatrudnienia wewnątrz zespołów opieki zdrowotnej. Nie wchodząc w szczegóły trzeba stwierdzić, że funkcji tych nie spełniają co wynika przede wszystkim z samej konstrukcji tabel płac, jak i ciągłych „napięć" funduszu płac oraz stosowanej przez dyrekcje zespołów opieki zdrowotnej praktyki polegającej na unikaniu różnicowania zarówno płac, jak i dodatków.

Efektem nieskuteczności stosowanych instrumentów regulujących zatrudnienie i płace są obserwowane w opiece zdrowotnej nieprawidłowości w strukturze zatrudnienia kadr medycznych i paramedycznych. Podstawowe spośród tych nieprawidłowości to nadmierne i nie uzasadnione zróżnicowanie regionalne w zatrudnieniu odpowiednich kategorii pracowników oraz wadliwe proporcje zatrudnienia wewnątrz instytucji opieki zdrowotnej (np. jaskrawe przerosty zatrudnienia lekarzy w szpitalnictwie przy znacznym niedoborze lekarzy pracujących w przychodniach ogólnych).

W zakresie gospodarki lekami wyróżnić trzeba instrumenty regulujące zużycie leków w szpitalnictwie oraz instrumenty regulujące spożycie leków nabywanych bezpośrednio przez ludność w aptekach.

Regulowanie zużycia leków w szpitalnictwie odbywa się poprzez wykorzystywanie dyrektywnie określanych wskaźników budżetowych i norm budżetowych. Najczęściej stosowanym wskaźnikiem budżetowym, stanowiącym podstawę odniesienia norm wydatków na leki jest liczba osób hospitalizowanych, ustalana przez organy centralne dla poszczególnych województw i przez organy wojewódzkie dla poszczególnych instytucji opieki zdrowotnej. Normy budżetowe wydatków na leki ustalane są również przez Radę Ministrów dla podstawowych rodzajów zakładów opieki zdrowotnej w formie średnich wielkości dla poszczególnych województw. Organy szczebla wojewódzkiego ustalają dyrektywne normy wydatków na leki dla poszczególnych instytucji opieki zdrowotnej. Uzupełniające znaczenie mają ponadto normatywy zapasów leków, ustalane przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej dla zespołów opieki zdrowotnej. Główną rolę odgrywają tu jednak warunki zaopatrzeniowe.

Jakkolwiek potrzeba kształtownia zużycia leków w szpitalach jest w zasadzie powszechnie akceptowana, to rygorystyczna reglamentacja tego zużycia budzi krytykę. Dosyć powszechnie tąpienia w szpitalnictwie norm dyrektywnych wydatków na leki stawkami kalkulacyjnymi, mającymi jedynie znaczenie w fazie planowania. Postulat ten jednakże nie jest wystarczającym warunkiem skuteczności stosowanych dotąd instrumentów regulacji spożycia leków w szpitalnictwie.

W zasadzie nie ma skutecznych instrumentów regulujących zużycie leków nabywanych przez ludność odpłatnie lub za częściową odpłatnością w aptekach — i to niezależnie od poziomu cen leków. Najsilniejszym czynnikiem mogącym ułatwić znalezienie skutecznych instrumentów są tu warunki zaopatrzeniowe. Pewne, niewielkie praktycznie znaczenie mają takie instrumenty administracyjne, jak wymóg zapisywania niektórych leków przez określonych specjalistów oraz określenie maksymalnych ilości niektórych leków przy wypisywaniu recept itp.

System kierownia instytucjami opieki zdrowotnej, rozpatrywany tu w ujęciu instrumentalnym w ograniczeniu do instrumentów planistycznych, cechuje schematyzm wyrażający się przede wszystkim w nieuwzględnianiu specyfiki działalności w sferze opieki zdrowotnej, nieuwzględnienie kryteriów jakościowych oraz stosunkowo znaczny wpływ organów szczebla centralnego na ostateczny kształt zadań planistycznych w zakresie opieki zdrowotnej. Charakterystyczna i godna odnotowania jest przy tym większa rola organów branżowych (szczebla centralnego i terenowego) tj. Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej oraz zdominowanych przez to Ministerstwo wydziałów zdrowia i opieki społecznej urzędów wojewódzkich w planowaniu działalności w zakresie opieki zdrowotne.

2. Potrzeba reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej

2.1. Przesłanki i cele objęcia opieki zdrowotnej reformą ekonomiczną

(1) Obecny system ekonomiczno–finansowy opieki zdrowotnej został ukształtowany na przełomie lat czterdziestych i pięćdziesiątych[11]. Podlegał on wprawdzie ciągłej ewolucji ale główne założenia jego konstrukcji i zasady funkcjonowania nie uległy od tego czasu większym zmianom. Przemiany o nieco większym znaczeniu nastąpiły w związku ze zmianą rangi rad narodowych, jaka miała miejsce pod koniec lat pięćdziesiątych[12], oraz w powiązaniu z reformą władz terenowych przeprowadzoną w latach 1973–1975[13]. W całym tym okresie system ekonomiczno–finansowy opieki zdrowotnej był przedmiotem dyskusji i licznych kontrowersji, przy czym wysuwane były rozmaite propozycje udoskonalenia tego systemu[14]. Dyskusje te nasiliły się znacznie począwszy od 1980 roku i doprowadziły do uznania konieczności objęcia reformą także opieki zdrowotnej[15].

Ochrona zdrowia ma wysokie znaczenie humanitarne, co powodowało w przeszłości dosyć często niechęć do jej rozpatrywania w ujęciu ekonomicznym. Wydaje się, że niezaprzeczalnym rezultatem dotychczasowych dyskusji nad reformą ekonomiczną w opiece zdrowotnej jest to, że tego rodzaju opory i zachowania zostały zasadniczo wyeliminowane. Stało się to właściwie jedynym pozytywnym efektem tych dyskusji jeśli pominąć, że utrwaliło się przy tym i znacznie rozpowszechniło rozróżnienie szerokiego i mało sprecyzowanego pojęcia „ochrony zdrowia" oraz znacznie węższego i bardziej skonkretyzowanego pojęcia „opieki zdrowotnej", co nie jest bez znaczenia w dalszej dyskusji i projektowaniu rozwiązańtej reformy. Termin „opieka zdrowotna" był zresztą i poprzednio używany przez ekonomistów zajmujących się gospodarowaniem w tej sferze działalności usługowej, nie znajduje on jednak konsekwentnego zastosowania – natomiast w swej pracy staram się posługiwać wyłącznie tym pojęciem, unikając bardziej ogólnego pojęcia „ochrony zdrowia".

Pojęcie opieki zdrowotnej okazało się szczególnie użyteczne dla rozpatrywania reformy ekonomicznej sprowadzającej opiekę zdrowotną w zasadzie do procesu świadczenia odpowiednich usług. Pojęciowe rozróżnianie ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej uświadamia wyraźniej, że poziom zdrowotny ludności zależy – chociaż nie tylko i nawet nie przede wszystkim – od analogicznych do działalności produkcyjnej czynników świadczenia usług opieki zdrowotnej, a więc: czynnika pracy, zwłaszcza kadry medycznej i paramedycznej, czynnika materialnego w postaci urządzeń infrastrukturalnych (wraz z ich wyposażeniem w sprzęt i aparaturę medyczną) oraz dóbr wykorzystywanych w procesie świadczenia usług (przede wszystkim leków), a także czynnika finansowego, wyrażającego się w zasilaniu finansowym instytucji usługowych opieki zdrowotnej.

---

[11] Można przyjąć, że wprowadzenie obecnego systemu ekonomiczno–finansowego ochrony zdrowia zapoczątkowane zostało ustawą z dnia 23 X 1948 o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia (Dz. U. 1948 nr 55 poz. 434). Ustawa ta zastąpiła Ustawę z dnia 15 czerwca 1939 r. o publicznej służbie zdrowia (Dz. U. 1939 nr 54 poz. 342).

[12] Ustawa z 25 I 1958 o radach narodowych.

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

[14] J. Sobiech, *Kierunki przebudowy metod finansowania ochrony zdrowia*, w: *Problemy działalności niematerialnej*, PWE Warszawa 1979, s. 218–235.

[15] Wysuwane w pierwszych latach 80–tych koncepcje zmian systemu ekonomiczno–finansowego opieki zdrowotnej omawiam krytycznie, w: J. Sobiech, *Ochrona zdrowia w reformie gospodarczej, Studia ekonomiczno–finansowe z działalności socjalno–kulturalnej*, Zeszyty Naukowe AE seria I z. 117, Poznań 1983, s. 45–62. Natomiast wysuwane w połowie lat 80–tych koncepcje zmian systemu ekonomiczno–finansowego omawia krytycznie J. Chechliński w następujących artykułach: *Gospodarka finansowa ochrony zdrowia i opieki społecznej – próba oceny założeń reformy*, Finanse 1988 nr 5; *Reforma gospodarki finansowej ochrony zdrowia i opieki społecznej – doświadczenia i perspektywy*, Finanse 1988 nr 6.

Wydaje się, że możliwość wyraźnego skonkretyzowania tych czynników jako czynników działalności usługowej w zakresie opieki zdrowotnej stanowi ważną przesłankę obejmowania opieki zdrowotnej reformą ekonomiczną, co nie byłoby równie łatwe w odniesieniu do ochrony zdrowia, uzależnionej od wielu nie dających się wyraźniej zidentyfikować czynników, a odnoszących się do całego ustroju społeczno—gospodarczego kraju. Do tych czynników przesądzających często w praktyce o ochronie zdrowia, trzeba zaliczyć takie, jak stan środowiska naturalnego, sposób odżywiania się i jakość wyżywienia, warunki mieszkaniowe, ochronę i bezpieczeństwo pracy, stan bezpieczeństwa w ruchu drogowym itp.

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

Wydaje się, że łączne rozpatrywanie ekonomicznej problematyki opieki społecznej i opieki zdrowotnej jest niekorzystne zarówno dla opieki zdrowotnej jak i dla opieki społecznej, której problemy są spychane na dalszy plan na skutek tego, że problemy opieki zdrowotnej uznawane są za pilniejsze od problemów opieki społecznej. Warto przy tym zwrócić uwagę na dosyć powszechne wiązanie złego funkcjonowania opieki zdrowotnej (zwłaszcza przez kierujących zintegrowanymi instytucjami opieki zdrowotnej i społecznej) ze złym funkcjonowaniem opieki społecznej — gdy np. jedną z przyczyn braku łóżek w szpitalach upatruje się w wydłużaniu pobytu w szpitalach ze względów socjalnych, a jedną z przyczyn małej dostępności ambulatoryjnych usług medycznych służby zdrowia w nadmiernym korzystaniu przez ludzi w starszym wieku z porad lekarskich ze względów psychospołecznych itp. — co może zresztą świadczyć o braku w praktyce a zwłaszcza w świadomości pracowników służby zdrowia rzeczywistej integracji opieki zdrowotnej i opieki społecznej. Wydaje się ponadto, że reforma całego systemu gospodarczego kraju — tworzenie nowego ładu ekonomicznego, opieranego na rozszerzaniu w całej gospodarce zakresu regulacji rynkowej — wymaga nowego i całkowicie odrębnego kompleksowego spojrzenia na problematykę zabezpieczenia społecznego, w tym także na opiekę społeczną.

Pomimo wyjątkowo szerokiego zakresu dyskusji a także stosunkowo silnego — w porównaniu z innymi dziedzinami usług społecznych — zaangażowania władz państwowych (w tym także Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej) w reformę ekonomiczną opieki zdrowotnej, system ekonomiczno—finansowy opieki zdrowotnej nie ulega *de facto* istotnej modernizacji. Skłania to do rozpatrzenia czy i w jakiej mierze wynika to z barier, na jakie ta reforma w praktyce napotyka. Wydaje się, że bliższe rozpoznanie tego problemu mogłoby przyczynić się do bardziej konsekwentnego postępu w modernizacji systemu ekonomiczno—finansowego opieki zdrowotnej, przy czym refleksje nad tymi barierami mają również — jak się wydaje — niemałe znaczenie poznawcze, biorąc zwłaszcza pod uwagę potrzebę zapewnienia spójności reformowanego systemu.

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

Zasadniczą przesłankę obejmowania opieki zdrowotnej reformą ekonomiczną stanowi to, że ukształtowany przed trzydziestu kilku lat system ekonomiczno—finansowy opieki zdrowotnej jest niedostosowany do obecnych warunków i do obecnych potrzeb funkcjonowania tej opieki.

System ten, w miarę sprawny w latach 50–tych i 60–tych, obecnie funkcjonuje zdecydowanie źle, co wyjaśniałem w części pierwszej tego rozdziału, i nawet można mówić o patologii tego systemu. Warto przy tym dodać, że wynika to w dużej mierze z niesprawności systemu kierowania opieką zdrowotną, przy znacznej i pogłębiającej się nawet rozbieżności między systemem założonym, normatywnym, tj. wynikającym z aktów prawnych, a systemem rzeczywiście funkcjonującym. Rozbieżności między systemem wynikającym z aktów prawnych a systemem rzeczywiście funkcjonującym są najbardziej widoczne właśnie w rozwiązaniach ekonomiczno–finansowych.

W rezultacie tego można mówić o powszechnym niezadowoleniu a nawet o powszechnej frustracji jaką rodzi obecny system ekonomiczno–finansowy opieki zdrowotnej[16]. Sfrustrowani są pacjenci korzystający z opieki zdrowotnej, głównie ze względu na jej ograniczoną dostępność i niską jakość. Sfrustrowani sę pracownicy zatrudnieni w systemie opieki zdrowotnej, głównie ze względu na złe wyposażenie swoich warsztatów pracy, złą organizację pracy i związane z tym przeciążenie pracą oraz niskie płace, a także świadomość ograniczonej z tych względów efektywności ich działań. Nie mniej sfrustrowane są władze odpowiedzialne za funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej, ze względu właśnie na to, że mimo coraz większych nakładów system funkcjonuje coraz gorzej i jest przedmiotem coraz intensywniejszej i powszechniejszej krytyki.

Niezadowolenie z obecnie funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej powoduje stosunkowo silny nacisk społeczny na reformę służby zdrowia i to reformę radykalną i mającą przynieść natychmiastowy efekt. Nacisk społeczny na reformę służby zdrowia potęgowany jest złym i stale pogarszającym się poziomem zdrowotności ludności. Świadomość zagrożeń zdrowotnych współczesnej Polski nie jest wprawdzie tak rozpowszechniona jak świadomość zagrożeń ekologicznych ale stale pogłębia się. Dotyczy to zwłaszcza ciągle stosunkowo niskiej świadomości występującego zagrożenia dla przyszłego rozwoju społeczno–gospodarczego kraju ze strony zróżnicowania społecznego i zróżnicowania terytorialnego w poziomie zdrowotności ludności.

Zróżnicowanie społeczne w poziomie zdrowotności związane jest między innymi z takimi cechami zróżnicowania społecznego, jak wykształcenie i wysokość dochodu. Wysoka umieralność niemowląt oraz dzieci i młodzieży w grupach społecznych o najniższym poziomie wykształcenia i i najniższym dochodzie jest jedną z głównych przyczyn faktu, że umieralność wśród dzieci i młodzieży stawia Polskę wśród krajów wykazujących najwyższy poziom odpowiednich współczynników. Szczególnie wysoki jest w Polsce zasięg trwałego kalectwa i niepełnosprawności wśród dzieci i młodzieży na skutek zwłaszcza wypadków, urazów oraz chorób układu oddechowego[17]. W ciągu ostatnich trzydziestu lat zwiększyły się wymiary ciała dzieci i młodzieży, ale nie zmniejszyła się różnica w tym zakresie między mieszkancami miast i wsi ani nie uległy zatarciu występujące w tym zakresie różnice zależne od pozycji społecznej rodziców niezależnie od tego czy są mieszkańcami miast czy wsi[18].

Zróżnicowanie terytorialne w poziomie zdrowotności związane jest między innymi z regionalnym zróżnicowaniem rozmieszczenia przemysłu, zwłaszcza ciężkiego i chemicznego, doprowadzającego do zanieczyszczenia środowiska naturalnego. Ponadto rozpatrując poziom świadomości i aspiracji zdrowotnych, z towarzyszącym temu zróżnicowaniem zapotrzebowania na usługi opieki zdrowotnej, trzeba dopatrzeć się również jego zróżnicowania terytorialnego, tym trudniejszego do uniknięcia, że samo zaspokojenie tego zapotrzebowania coraz trudniej poddaje się reglamentacji. Wśród mężczyzn w wieku średnim (35–64 lata) nastąpił w ostatnich 20 latach zróżnicowany terytorialnie, a jeden z najwyższych w Europie, wzrost współczynników umieralności, czemu towarzyszy od 1984 r. także wzrost współczynników zgonów kobiet w wieku powyżej 25 roku życia[19].

---

[16] Na tę powszechną frustrację jaką rodzi obecny system ekonomiczno–finansowy opieki zdrowotnej zwraca zwłaszcza uwagę w swoich wypowiedziach J. Indulski.

[17] M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*, PZWL Warszawa 1986, s. 181 i nast.; W. Kondrat, *Społeczne determinanty umieralności niemowląt*, SGPiS Warszawa 1982.

[18] *Cele i zadania polskiego programu „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000"*, PZWL Warszawa 1987, s.19.

[19] Państwowy Zakład Higieny. *Stan zdrowia mieszkańców Polski w roku 1984*, Warszawa 1985.

Kolejną przesłanką przemawiającą za obejmowaniem opieki zdrowotnej reformą ekonomiczną jest kompleksowy charakter reformy gospodarczej i jej odnoszenie do wszystkich dziedzin działalności społeczno—gospodarczej. Im bardziej radykalna jest reforma gospodarcza tym bardziej musi mieć ona kompleksowy charakter. Szczególne znaczenie ma przy tym obejmowanie reformą działalności gospodarczej władz terenowych, której opieka zdrowotna jest istotną częścią oraz obejmowanie reformą całej sfery usług społecznych. Zasadnicze znaczenie ma tutaj kierunek reformy ustrojowej i gospodarczej w sferze działalności władz terenowych, który może nawet przesądzać o tym czy opieka zdrowotna będzie miała w dalszym ciągu terenowy charakter. Wszystko to, obok reformowania całego otoczenia opieki zdrowotnej, stanowi o potrzebie obejmowania reformą ekonomiczną także i opieki zdrowotnej, co nie znaczy oczywiście, aby reforma opieki zdrowotnej miała w prosty sposób przenosić do sfery opieki zdrowotnej rozwiązania znajdujące zastosowanie w zreformowanej sferze produkcji materialnej.

Wszelkie mankamenty systemu kierowania ochroną zdrowia przejawiają się najwyraźniej w jednostkach podstawowych (zwłaszcza w instytucjach usługowych) stąd zrozumiały odruch aby coś zmienić właśnie w tych jednostkach, dlatego też w niektórych mniej przemyślanych koncepcjach reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej sprowadza się całą tą reformę wyłącznie do zmiany systemu ekonomiczno—finansowego jednostek podstawowych, tj. instytucji opieki zdrowotnej. Zapomina się przy tym zbyt łatwo, że w działalności jednostek podstawowych przejawiają się niedostatki funkcjonowania całego systemu kierowania opieką zdrowotną.

(3) Cele działań reformatorskich są formułowane w rozmaitych projektach i programach reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej na ogół w sposób bardzo ogólnikowy, a niekiedy można nawet odnieść wrażenie, że chodzi wyłącznie o to aby „coś" zmienić. Tymczasem wyraźne formułowanie celów stawianych przed reformą ekonomiczną opieki zdrowotnej uzasadniałoby jasno — jak sądzę — nie tylko kierunek działania w tym zakresie lecz także złożoność i trudność tej reformy oraz bariery na jakie może ona napotykać.

Wydaje się, że wyróżnić można przynajmniej dwa główne cele stojące przed reformą ekonomiczną opieki zdrowotnej, przy czym jeden spośród tych celów ma charakter organizacyjno—ekonomiczny i wysuwa się obecnie na plan pierwszy, a drugi ma charakter społeczny i jest obecnie najczęściej przesuwany na dalszy plan.

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

Utworzone w wyniku tej reformy mechanizmy funkcjonowania opieki zdrowotnej powinny mieć charakter całościowy, być spójne, wewnętrznie zgodne i adekwatne oraz funkcjonować automatycznie. Powinien być przy tym wyraźnie wyróżniony układ kierujący i układ kierowany w funkcjonowaniu tych mechanizmów, a instrumenty kierowania powinny zapewniać nie tylko racjonalność gospodarowania lecz także sprawność opieki zdrowotnej. W ramach utworzonych w wyniku reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej mechanizmów funkcjonowania tej opieki szczególna rola przypada finansowym instrumentom kierowania instytucjami opieki zdrowotnej. Ważne jest aby nie przecenić znaczenia tych instrumentów, o co łatwo wobec ich niedoceniania w przeszłości, oraz wyraźnie określić warunki, w jakich mogą się te instrumenty okazać skuteczne w kierowaniu instytucjami opieki zdrowotnej.

Społeczny cel reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej, wyraźnie intuicyjnie odczuwalny jest dużo trudniejszy do skonkretyzowania. W sposób ogólny można ten cel określić jako zapewnienie każdemu, przy zastosowaniu odpowiednich mechanizmów, opieki zdrowotnej na najwyższym możliwym, przy obecnym stanie wiedzy i techniki medycznej, poziomie. Tak

ogólnikowe sformułowanie celu społecznego nie jest wystarczające, trzeba zmierzać do bardziej precyzyjnego jego ujęcia, chociażby po to, aby ogólnikowość sformułowania społecznego celu reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej nie skłaniała do jego pomijania w działaniach zmierzających do realizacji celu organizacyjno—ekonomicznego.

Zharmonizowanie pragmatycznie ujętego celu organizacyjno—ekonomicznego reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej, z wyczuwalnym intuicyjnie ale trudniejszym do precyzyjnego sformułowania celem społecznym tej reformy, sprawia poważne trudności, ograniczając znaczenie projektowanej reformy systemu ekonomiczno—finansowego opieki zdrowotnej. Toteż stopień zharmonizowania obu tych celów staje się w praktyce ważnym kryterium oceny zgłaszanych propozycji przebudowy tego systemu, stając się jednakże równocześnie swoistą barierą, niestety nie jedyną, reformy ekonomicznej.

2.2. Przegląd ważniejszych barier reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej

(1) Niepowodzenia dotychczasowych prób zreformowania systemu ekonomiczno—finansowego opieki zdrowotnej skłaniają do rozpatrzenia barier, na jakie napotyka zarówno skonstruowanie nowego, zreformowanego systemu, jak i wdrażanie go w praktyce. W dotychczasowym zaawansowaniu prac nad przebudową systemu ekonomiczno—finansowego opieki zdrowotnej nie udało się wyjść poza rozpoznanie barier utrudniających utworzenie odpowiedniego systemu ekonomiczno—finansowego opieki zdrowotnej. Przyczynia się do tego nakładanie się na siebie i ścisłe wzajemne ze sobą powiązanie barier, przy czym sposób ich wyodrębnienia i zastosowane nazewnictwo może budzić zastrzeżenia i wątpliwości. W dalszym ciągu bliżej zostaną omówione następujące bariery: ustrojowa, bilansowa, psychologiczna i koncepcyjna, przy czym raz jeszcze zaznaczam, o czym była już wyżej mowa, że swoistego rodzaju barierą reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej jest także trudność zharmonizowania celu techniczno—ekonomicznego tej reformy z jej celem społecznym.

(2) Za główną barierę reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej uważam obecnie brak szerzej i bardziej skonkretyzowanej wizji przyszłego zreformowanego ustroju społeczno—gospodarczego kraju, stanowiącego „otoczenie" dla systemu opieki zdrowotnej. Znaczenie tej bariery wynika zarówno z rangi zdrowia w systemie wartości, jak i z przenikania się ochrony zdrowia z wielu dziedzinami działalności gospodarczej, i tym samym ścisłego na ogół powiązania opieki zdrowotnej z innymi działami gospodarki narodowej. Bariera ta utrudnia zarówni konstrukcję przyszłego systemu ekonomiczno—finansowego opieki zdrowotnej, jak i wdrożenie tego systemu do praktyki społeczno—gospodarczej.

Można podać tutaj przykładowo, czego dotyczą najbardziej w moim przekonaniu dotkliwe — z punktu widzenia potrzeb reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej — luki w docelowej wizji zreformowanego ustroju społeczno—gospodarczego kraju. Luki te mają tak podstawowe znaczenie ustrojowe, że ich zapełnienie przy okazji dyskusji nad reformą ekonomiczną w opiece zdrowotnej nie jest możliwe. Za najbardziej podstawową lukę uznałbym brak wyraźnego określenia przyszłych zasad podzału a zwłaszcza zakresu podziału dezyderatywnego (spożycia zbiorowego) i związanych z tym podziałem proporcji między społecznymi świadczeniami pieniężnymi a społecznymi świadczeniami rzeczowymi w całej sferze usług społecznych, a zwłaszcza w opiece zdrowotnej. Brak skonkretyzowanego modelu docelowego w tym zakresie poważnie utrudnia konstruowanie mechanizmów ekonomiczno—finansowych w opiece zdrowotnej.

Z przyjęciem określonych zasad podziału ściśle łączy się problem granic dopuszczalnego terytorialnie i społecznego zróżnicowania warunków życia ludności, w tym także zakresie zaspokajania potrzeb zdrowotnych ludności. W doktrynie polityki społecznej zakłada się dotąd na ogół potrzebę zapewnienia jednolitości w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych wszelkich grup ludności, jakkolwiek w praktyce występuje nawet znaczne, zarówno terytorialne, jak i społeczne, zróżnicowanie stopnia zaspokojenia tych potrzeb.

Zmiany zasad podziału – o ile nastąpią – powinny spowodować konieczność rewizji tej doktryny. Toteż modernizacja mechanizmów ekonomiczno–finansowych instytucji opieki zdrowotnej będzie wymagała uprzedniego wyjaśnienia, w jakim zakresie byłaby możliwa rewizja tej doktryny. Łączy się to ściśle ze społecznym celem reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej, który wymaga wyraźniejszego, niż to się dotąd czyni, określenia, a nie może to nastąpić bez przesądzenia rozważanych tu zagadnień ustrojowych.

Zakres dopuszczalnego terytorialnie zróżnicowania zaspokojenia potrzeb opieki zdrowotnej wiąże się z jeszcze innym problemem o charakterze ustrojowym, to jest z zakresem, w jakim byłoby możliwe odrodzenie samorządu terytorialnego, którego jedną z dziedzin działalności byłaby właśnie opieka zdrowotna. Oparcie działalności władz terenowych na zasadzie samorządności musiałoby się wiązać ze swobodą tych władz w określeniu rozmiarów, zakresu i standardu działalności usługowej w zakresie opieki zdrowotnej, co oznaczałoby nieuniknione zróżnicowanie terytorialne w stopniu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych ludności, i to nie tylko ze względu na preferencje samorządowych organów władzy, lecz także na ich możliwości finansowe.

W dotychczasowych wizjach zreformowanego ustroju społeczno gospodarczego kraju zakłada się wprawdzie oparcie działalności władz terenowych na zasadach samorządowych ale nie dostrzega się, jak się wydaje, wszystkich wypływających z tego konsekwencji, jak np. właśnie w postaci terytorialnego zróżnicowania opieki zdrowotnej. Wydaje się, że zakres dopuszczalnego zróżnicowania terytorialnego opieki zdrowotnej wymaga zdefiniowania granic tego zróżnicowania, przy czym wydaje się niezbędne prawne określenie granic dopuszczalnego jej zróżnicowania, a brak tego może się okazać przeszkodą w rozwijaniu samorządności terenowej. Z drugiej jednak strony granice te – gdyby zostały określone – mogłyby przy niedorozwoju opieki zdrowotnej, ograniczyć swobodę władz terenowych w kierowaniu opieką zdrowotną.

Niemniej ważną barierą w reformowaniu systemu ekonomiczno–finansowego opieki zdrowotnej jest brak jasności co do przyszłej roli planu centralnego, zarówno rocznego, jak i wieloletniego, a także polityki państwa, w zakresie opieki zdrowotnej, wyrażanej w tzw. programach problemowych, których przykładem może być chociażby omówiony już rządowy program „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000". Dotychczas dominującą rolę wśród instrumentów regulujących działalność w sferze opieki zdrowotnej odgrywały instrumenty planistyczne. Zapowiadane są wprawdzie jakościowe zmiany w planowaniu centralnym, w tym także w przedmiocie i metodologii planowania opieki zdrowotnej, nie wiadomo jednak czego te zmiany będą dotyczyć, poza dość ogólnymi postulatami uspołecznienia procesu planowania[20]. Niewiele zwłaszcza wiadomo o przyszłym znaczeniu, przedmiocie i metodologii centralnego planowania. Stąd też charakter przemian jakie w tym zakresie wystąpią, ma duże znaczenie dla reformy systemu ekonomiczno–finansowego opieki zdrowotnej.

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

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

(3) Istotną barierą reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej, bo wiążącą się ściśle z barierą ustrojową, a zwłaszcza planistyczno–ekonomicznym jej aspektem, stanowi bariera bilansowa, wyrażająca się w dysproporcji między możliwościami gospodarki, wynikającymi ze stopnia osiągniętego rozwoju społeczno–gospodarczego kraju, a oczekiwaniami społecznymi w zakresie

[20] J. W. Gościński, *Efektywna reforma gospodarcza*, PWE Warszawa 1989; J. Kaleta, *Perspektywy wyjścia z kryzysu*, KAW Warszawa 1986.

kresie poziomu opieki zdrowotnej, wynikającymi ze stanu zdrowia oraz świadomości i aspiracji zdrowotnych ludności. Chodzi tu nie tylko o dysproporcje w sferze zaopatrzeniowej i inwestycyjnej, lecz i w sferze zatrudnienia, a także w sferze zasilania finansowego. Dysproporcje te występują niezależnie od tego, czy system ekonomiczno—finansowy będzie reformowany czy nie, jednakże związana z reformą ekonomiczną tzw. ekonomizacja opieki zdrowotnej wyraźniej je uwidacznia, zmuszając do bilansowania zasobów materialnych, zasobów pracy i zasobów finansowych, jakimi system opieki zdrowotnej może dysponować, z potrzebami tej opieki, związanymi z rozmiarami, strukturą i standardem działalności usługowej w tym zakresie, jakie powinny odpowiadać rzeczywistym potrzebom ochrony zdrowia oraz świadomości i aspiracjom ludności w tym zakresie.

Dotychczas istniejący system ekonomiczno—finansowy opieki zdrowotnej umożliwia utrzymywanie w dużym stopniu jedynie deklaratywnego charakteru znacznej części uprawnień zdrowotnych ludności, a — jak się wydaje — zreformowanie tego systemu w kierunku jego ekonomicznej racjonalizacji musi oznaczać konieczność bieżącego, przynajmniej w pewnej mierze, ograniczania tych uprawnień z oczywistych względów bilansowych, co może skłaniać do odsuwania w czasie niezbędnej reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej.

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

Zasoby materialne opieki zdrowotnej są to zwłaszcza urządzenia infrastrukturalne i ich stan techniczny, uzależniony w dużym stopniu od możliwości dokonywania odpowiedniej konserwacji, przeprowadzania remontów, utrzymywania w sprawności technicznej sprzętu i aparatury medycznej itp. Zasoby te wymagają ciągłego odnawiania, co wymaga odpowiednich zasobów, a zwłaszcza zasobów dóbr inwestycyjnych, w gospodarce narodowej. Gospodarka dysponować musi możliwościami technicznymi i technologicznymi pozwalającymi na produkcję odpowiedniego sprzętu i aparatury medycznej oraz pozwalającymi na utrzymywanie tego sprzętu i tej aparatury w ruchu. Możliwości gospodarki decydują ponadto o rozmiarach dopływu do opieki zdrowotnej dóbr zaopatrzeniowych o specjalnym charakterze, takich zwłaszcza jak leki, płyny infuzyjne, preparaty krwiopochodne itp., oraz dóbr zaopatrzeniowych nie mających tego charakteru ale zużywanych w opiece zdrowotnej jako środki czystości, bielizna itp.

Rozmiary, struktura i standard działalności usługowej w opiece zdrowotnej zależą w dużej mierze od warunków zaopatrzeniowych we wszelkiego rodzaju dobra materialne, przy czym odstępowanie od reglamentacji i tworzenie rynków towarowych może przyczyniać się do poprawy warunków zaopatrzenia instytucji opieki zdrowotnej w tym zakresie — o ile tylko rozporządzają one środkami umożliwiającymi odpowiednie zaspokojenie ich popytu nawet przy ograniczonej podaży rynkowej. Względy finansowe mogą jednak nawet w warunkach zaopatrzenia rynkowego doprowadzać, zwłaszcza w pierwszym okresie tworzenia rynku, do niewystarczającej podaży odpowiednich dóbr inwestycyjnych i zaopatrzeniowych, o co tym łatwiej że efektywny popyt tego sektora jest względnie stały i słabo reaguje na zmiany warunków rynkowych (zwłaszcza cen).

Ogranicznikiem bilansowym są także zasoby kadrowe, jakimi opieka zdrowotna dysponuje, wraz z warunkami wynagradzania za pracę, decydującymi w pewnym stopniu o przypływie i odpływie kadr do i z opieki zdrowotnej. W zakresie kadr medycznych, zwłaszcza lekarskich, zasoby te cechują się w krótkim okresie dużą stabilnością, związaną z długim okresem kształcenia i niską elastycznością oddziaływania płacy na zatrudnienie kadr medycznych. Najwyżej wykwalifikowani pracownicy medyczni (lekarze, stomatolodzy, farmaucenci) mają stosunkowo małą skłonność do odchodzenia od zawodu, co, przy równoczesnym, ciągle jeszcze występującym przymusie zatrudnienia w państwowej opiece zdrowotnej, stabilizuje, przynajmniej w krótkim okresie, zatrudnienie w tej grupie zawodowej (pomijając tu dla uproszczenia możliwości wyjazdów za granicę). Jeśli jednak występuje niedobór wysoko wykwalifikowanych kadr medycznych stanowi on, tym samym, bardzo trudną do przekroczenia barierę w rozwoju opieki zdrowotnej, a to przede wszystkim ze względu na długi okres kształcenia, ma więc wyjątkowo dotkliwy charakter.

Bardzo odczuwalne są, przynajmniej w krótkim okresie, braki w zatrudnieniu pracowników o bardziej uniwersalnych (mniej profesjonalnych) kwalifikacjach, którzy mają szersze możliwości zatrudnienia poza opieką zdrowotną. Odznaczają się oni wyższą elastycznością oddziaływania przez płacę na wybór zatrudnienia. Stąd braki w zatrudnieniu tych pracowników powinny być łatwiejsze do przezwyciężenia. Nie odnosi się to jednak do sfery usług społecznych, a zwłaszcza do opieki zdrowotnej, gdzie płace są z reguły niższe niż w sferze produkcji materialnej.

Traktowanie potrzeby zapewnienia opieki zdrowotnej jako jednego z podstawowych zadań państwa powoduje, że możliwości finansowe państwa decydują w dużym stopniu o rozmiarach środków finansowych przeznaczanych na pokrycie kosztów funkcjonowania i rozwoju opieki zdrowotnej. Funkcjonowanie opieki zdrowotnej zależy w poważnym stopniu także od dopływu środków dewizowych. Zła sytuacja finasowa państwa, wyrażająca m. in. w corocznym od roku 1980 występowaniu deficytu budżetowego, powoduje, że rozmiary zasobów budżetowych, jakie mogą być przeznaczone na opiekę zdrowotną, stają się niezwykle trudną do przekroczenia barierą reformy ekonomicznej w tej opiece, zwłaszcza w zestawieniu z oczekiwaniami społecznymi, wiązanymi z reformowaniem systemu ekonomicznego opieki zdrowotnej. Z tego też względu stosunkowo często pojawiają się postulaty tzw. gwarancji środków finansowych na opiekę zdrowotną w określonych rozmiarach, ustalanych bądź w relacji do dochodu narodowego, bądź w relacji do ogółu dochodów i wydatków budżetowych. Tego rodzaju postulaty mogą się jednak znowu okazać barierą reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej gdyż skłaniają do sprowadzenia tej reformy wyłącznie do poziomu finansowania opieki zdrowotnej, co jest oczywistym nieporozumieniem. Poziom finansowania opieki zdrowotnej ma oczywiste znaczenie ale podstawowym problemem wydaje się stwarzanie w miarę automatycznie funkcjonującego systemu zasilania finansowego opieki zdrowotnej. Problematyka ta zostanie rozwinięta w dalszej części pracy.

Oczekiwania społeczne wiązane z rezultatami reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej są znaczne i dotyczą zarówno ilości i struktury usług, jak i przede wszystkim ich standardu. Wynikają one ze stosunkowo niskiego poziomu zdrowotności ludności oraz ze stosunkowo wysokich jej aspiracji cywilizacyjno—kulturowych. Skromne możliwości gospodarki, wynikające z jej rozwoju z jednej strony oraz nie odpowiadające tym możliwościom oczekiwania i aspiracje zdrowotne ludności, a zwłaszcza wysokie nasilenie potrzeb zdrowotnych, z drugiej strony, nadają barierze bilansowej reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej dosyć dramatyczny w dzisiejszej Polsce wymiar. W tych warunkach wyraźne zaznacza się sprzeczność między celami organizacyjno—ekonomicznymi reformy ekonomicznej w sferze opieki zdrowotnej oraz jej celami społecznymi, tym trudniejszy do usunięcia, że cel społeczny reformy ekonmicznej w sferze opieki zdrowtnej formułowany jest w sposób dosyć ogólnikowy i ma zawsze, przynajmniej częściowo, deklarytywny charakter.

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

W tym miejscu nasuwa się pytanie, z czego wynika i w czym się wyraża sprzeczność między powszechną krytyką obecnego systemu ekonomiczno—finansowego opieki zdrowotnej z jednej strony i równie powszechną obawą przed zmianą tego systemu, w drodze bardziej czy mniej radykalnej jego reformy, z drugiej strony. Wydaje się, że jest to samo w sobie intresujące pytanie, wykraczające poza problematykę tego opracowania, wymaga zaś tutaj rozpatrzenia jedynie

w charakterze bariery ekonomicznej w opiece zdrowotnej. Warto się więc — podejmując próbę odpowiedzi na to pytanie w tak zawężonej postaci — zastanowić nad tym, czego dotyczą obawy każdej ze wskazanych wyżej grup podmiotów, których dotyczyłyby skutki reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej.

Potencjalni pacjenci, czyli jak to się mówi upraszczająco „społeczeństwo", obawiają się przede wszystkim skutków dla budżetów gospodarstw domowych wprowadzenia opłat za usługi medyczne, rozszerzenie odpłatności za leki i innych podobnych systemowych rozwiązań ekonomicznych, jakie wiążą się w dosyć powszechnym odczuciu społecznym z reformą ekonomiczną w opiece zdrowotnej. Potencjalni pacjenci mogą intuicyjnie wyczuwać, że wszystkie te rozwiązania nie muszą doprowadzać do racjonalizacji opieki zdrowotnej, tj. nie muszą się wiązać ze wzrostem ilości usług medycznych, poprawą dostępności do nich oraz podniesieniem ich standardu. Wynika to w dużej, jak się wydaje, mierze z niepowodzeń dotychczasowej reformy gospodarczej w sferze produkcji materialnej, zwłaszcza w zakresie równowagi rynkowej, co wzbudza nieufność i do reform podejmowanych i poza tą sferą.

Potencjalni pacjenci mogą się ponadto obawiać niekorzystnego wpływu reformy gospodarczej w opiece zdrowotnej na ich położenie materialne a to ze względu na przywiązywanie — w ich odczuciu — zdecydowanie większego w tej reformie znaczenia do jej celów techniczno—ekonomicznych aniżeli do celów społecznych. Jeśli nawet nie mają racji, to cele społeczne podejmowanej reformy nie jawią się tak wyraźnie, jak dosyć pragmatycznie ujmowane jej cele techniczno—ekonomiczne. Pewne znaczenie ma tutaj także i to, że cała rozległa problematyka zabezpieczenia społecznego jest pomijana w reformie gospodarczej, co wzmaga niepewność co do bezpieczeństwa socjalnego w przyszłości i rodzi negatywne nastawienie znacznych grup potencjalnych pacjentów do samej reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej, tym bardziej że zasady i sposoby kształtowania wynagrodzeń za pracę w całej gospodarce uspołecznionej nie rysują się w reformie gospodarczej wyraźnie, co jest głównie związane z sytuacją pieniężno—rynkową.

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

Wśród pewnej grupy pracowników medycznych występuje przede wszystkim brak zainteresowania reformą ekonomiczną w opiece zdrowotnej. Wynika to z nie przywiązywania, zwłaszcza w przypadku lekarzy, większej wagi dla własnego, zresztą przymusowego, zatrudnienia w państwowych jednostkach, zwłaszcza ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, przy przywiązywaniu największego przez nich znaczenia do praktyki prywatnej lub do pracy w lekarskich spółdzielniach pracy. Wyjątkowo zbiurokratyzowana i zhierarchizowana państwowa opieka zdrowotna wydaje się wielu profesjonalistom niereformowalna a zatrudnienie w niej jest dla nich koniecznością, nie tylko zresztą ze względu na administracyjny przymus tego zatrudnienia. Nie mniejsze znaczenie ma silnie odczuwana potrzeba doskonalenia zawodowego i dostęp do aparatury medycznej o dużej kapitałochłonności, co jest poza państwową opieką zdrowotną trudno osiągalne. Reformę ekonmiczną opieki zdrowotnej traktują oni jako odległy problem, który administracja powinna rozwiązać w sposób nienaruszający nadmiernie swobody w postępowaniu medycznym. Występujące jednakże trudności w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej skłaniają pracowników medycznych do wywierania nacisku na administrację, aby trudności te zostały usunięte.

Obawy władz państwowych przed reformą ekonomiczną w opiece zdrowotnej wynikają przede wszystkim z chęci utrzymania obecnego scentralizowanego, resortowego systemu kierowania tą opieką, który wynika przede wszystkim stąd, że władze państwowe czują się

odpowiedzialne za funkcjonowanie opieki zdrowotnej. Związane jest z tym dążenie do utrzymania w mocy instrumentów pozwalających im na bezpośrednie kierowanie tą opieką, co jest trudne do pogodzenia z reformą zmierzającą do decentralizacji tego systemu. Dodatkowe obawy władz odpowiedzialnych za organizację i funkcjonowanie opieki zdrowotnej rodzi świadomość przypuszczalnej negatywnej reakcji na skutki reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej zarówno ze strony potencjalnych pacjentów, jak i zatrudnionych w opiece zdrowotnej pracowników. Postulaty dalej idącej reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej budzą obawy władz państwowych przed utratą przez nie możliwości bieżącego i bezpośredniego kierowania opieką zdrowotną przy równoczesnym pozostawieniu odpowiedzialności tych władz za funkcjonowanie opieki zdrowotnej. Toteż fakt, że instrumenty centralnego kierowania opieką zdrowotną okazują się nieskuteczne w niczym nie zmienia tego nastawienia władz państwowych, prowadząc jedynie do zastępowania jednych instrumentów drugimi, bez zmiany systemu kierowania opieką zdrowotną.

(5) Przeprowadzenie reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej wymaga uprzedniego stworzenia całościowej, wewnętrznie zgodnej i akceptowalnej (możliwej do przyjęcia) przez potencjalnych pacjentów, pracowników medycznych oraz władze państwowe koncepcji takiej reformy. Nie wystarcza formułowanie ogólnych założeń oraz zgłaszanie postulatów dotyczących zmian istniejących rozwiązań systemowych. Niezbędnym jest skonstruowanie szczegółowej, ale całościowej, wewnętrznie zgodnej i akceptowalnej koncepcji reformy odnoszącej się do całego systemu kierowania opieką zdrowotną i systemowo powiązanej z reformą w całej gospodarce, co prowadzi do licznych kontrowersji. Będą one nieco bliżej rozpatrzone w dalszej części tego rozdziału.

Trzeba w każdym razie stwierdzić, że pomimo zgłoszenia dużej ilości rozmaitego rodzaju propozycji zmian w organizacji i funkcjonowaniu opieki zdrowotnej, w tym także w jej systemie ekonomiczno–finansowym, oraz pomimo działania różnego rodzaju komisji i komitetów mających przygotować propozycje doskonalenia i funkcjonowania opieki zdrowotnej, ciągle jeszcze brak całościowej i spójnej koncepcji reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej[21]. Zgłaszane w tym zakresie propozycje dotyczą najczęściej jedynie wycinkowych zagadnień funkcjonowania opieki zdrowotnej, a zwłaszcza organizacji pracy oraz systemu ekonomiczno–finanowego, w tym zwłaszcza systemu płac w jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej, bez wiązania poszczególnych propozycji – niezależnie od towarzyszących im deklaracji – z innymi elementami systemu kierowania opieką zdrowotną. Wspólną cechą tych wszystkich propozycji jest przy tym nie wykraczanie w zasadzie poza doskonalenie dotychczasowego scentralizowanego i resortowego systemu kierowania, przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej opieką zdrowotną w Polsce. Utrzymanie tego systemu stało się nieprzekraczalną jak dotąd granicą zgłoszonych propozycji reformy systemu ekonomiczno–finanowego opieki zdrowotnej.

Wiąże się to z niedocenianiem roli czynnika społecznego w dotychczasowym systemie kierowania opieką zdrowotną. Rola tego czynnika była w praktyce sprawdzana do poddania państwowej (czyli praktycznie nieomal całej) opieki zdrowotnej kontroli organów przedstawicielskich (sejmu i rad narodowych), związanej z finansowaniem opieki zdrowotnej z budżetu państwa, a głównie z budżetów terenowych. Kontrola ta okazała się niewystarczająca i mało skuteczna, co najwyraźniej występowało w odniesieniu do rad narodowych szczebla podstawowego. W związku z tym pojawiły się propozycje powoływania różnego rodzaju społecznych rad zdrowia o regionalnym zasięgu działania, mających w założeniu reprezentować interesy potencjalnych pacjentów, będących mieszkańcami danego regionu, wobec instytucji państwowej opieki zdrowotnej. Rady te mogłyby nie być w ogóle powiązane z samorządami lokalnymi nie wykluczając jednak niektórych wysuwanych w tym zakresie propozycji możliwości udziału przedstawiciela samorządów lokalnych w składzie społecznych rad zdrowia.

[21] Wydaje się, że całościowej i spójnej koncepcji reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej nie zawierają także i rozwinięte dosyć projekty, jakie pojawiły się w końcu 1989 tj. projekt opracowany przez zespół „okrągłego stołu" oraz tzw. projekt autorski (S. Golinowskiej, K. Tymowskiej i C. Włodarczyka). Projekty te powołuję w przypisie 52 w rozdziale I.

Można się także spotkać z postulatami tworzenia społecznych rad zdrowia z udziałem przedstawicieli potencjalnych pacjentów w poszczególnych instytucjach państwowej opieki zdrowotnej.

Równocześnie pojawiło się – w wyniku ogólnokrajowych tendencji – zainteresowanie samorządem pracowniczym w instytucjach opieki zdrowotnej. Jednakże samorząd ogółu zatrudnionych w instytucjach państwowej opieki zdrowotnej pracowników nie może – jak mi się wydaje – odgrywać w tych instytucjach większej roli. Poważniejsze już znaczenie można byłoby przywiązywać do samorządu pracowników medycznych lub nawet samorządu samych tylko lekarzy, zatrudnionych w poszczególnych instytucjach opieki zdrowotnej.

Pewne nadzieje można wiązać z odradzającym się samorządem zawodowym w postaci powstających na nowo izb lekarskich[22] a także postulowanych izb farmaceutycznych oraz nawet izb pielęgniarskich. Samorząd zawodowy nie mógłby jednak ograniczać swego zainteresowania wyłącznie do działalności zawodowej swych członków w państwowej opiece zdrowotnej, ale powinien obejmować swym zainteresowaniem całokształt aktywności zawodowej swoich członków, a to stało się przyczyną licznych kontrowsreji i zróżnicowanego w wyniku tego zainteresowania środowiska medycznego reaktywowaniem samorządu lekarskiego.

3. Niektóre kontrowersje wokół wyboru koncepcji reformy ekonomicz ej w opiece zdrowotnej

3.1. Zagadnienie wyboru źródła finansowania opieki zdrowotnej

Na tle zgłoszonych dotąd propozycji i projektów reformy systemu ekonomiczno–finansowego opieki zdrowotnej warto się w dalszym ciągu zająć problemami stanowiącymi główny przedmiot kontrowersji, utrudniający czy wręcz uniemożliwiający doprowadzenie do zwartej i wewnętrznie zgodnej koncepcji reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej. Są to następujące główne problemy: wyboru źródeł finansowania opieki zdrowotnej; zakresu odpłatności ludności i ewentualnie także zakładów pracy za usługi opieki zdrowotnej, wraz z cenami leków i odpłatności za leki; mechanizmów finansowania instytucji opieki zdrowotnej (głównie szpitali); systemu wynagradzania pracowników opieki zdrowotnej. Problemy te zostaną w dalszym ciągu przedstawione, ze zwróceniem głównej uwagi na kwestie kontrowersyjne i sporne a mające znaczenie dla wyjaśnienia warunków skuteczności instrumentów finansowych w kierowaniu instytucjami opieki zdrowotnej.

Wielość źródeł finansowania opieki zdrowotnej w Polsce jest właściwie już powszechnie akceptowana i nie budzi większych kontrowersji[23]. Głównym przedmiotem dyskusji jest w tym zakresie jedynie to, czy utrzymywać budżet państwa jako dominujące źródło finansowania opieki zdrowotnej, czy raczej zastąpić w tym charakterze budżet państwa funduszem parabudżetowym (na wzór Funduszu Rozwoju Kultury), lub nawet funduszem (lub funduszami) ubezpieczenia chorobowego. Już nie tak istotnym, chociaż nie pozbawionym zupełnie znaczenia, przedmiotem dyskusji, jest rola funduszów zakładów pracy (głównie przedsiębiorstw sfery produkcji materialnej) w finansowaniu opieki zdrowotnej swych pracowników.

Dotychczasowy, powszechnie krytykowany system opieki zdrowotnej opiera się zasadniczo na finanowaniu budżetowym, które jest bardzo często obwiniane za wszelkie nieprawidłowości w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej, stąd też odejście od budżetowego finansowania opieki zdrowotnej wydaje się dla wielu najlepszym sposobem przeciwdziałania wszelkim niepra–

[22] Ustawa z 17 maja 1989 o izbach lekarskich, Dz. U. 1989 nr 30 poz. 158.

[23] J. Sobiech, *Finansowanie i odpłatność usług społecznych*, Polityka Społeczna 1985 nr 3; K Tymowska, *Źródła finansowania usług zdrowotnych w Polsce*, Ekonomista 1987 nr 2, K. Piotrowska–Marczak, *Dylematy reformy systemu finansowania ochrony zdrowia*, w: *Finansowe i socjonalne aspekty usług społecznych*, Acta Universitati Lodziensis, UŁ 1981.

widłowościom. Powszechnie się przy tym przyjmuje, że stosowane w kierowaniu instytucjami opieki zdrowotnej instrumenty finansowe są nieskuteczne dlatego właśnie, że są to instrumenty budżetowe. Toteż nie dążąc nawet do wyjaśnienia przyczyn nieskuteczności tych instrumentów, proponuje się po prostu ich zastąpienie innymi, odpowiadającymi innym źródłom finansowania.

Do propozycji odstąpienia od budżetu państwa jako podstawowego źródła finansowania opieki zdrowotnej skłaniają ponadto dwie inne niż nieskuteczność instrumentów budżetowych przyczyny, a mianowicie występujące trudności w zrównoważeniu budżetu państwa oraz podejmowane od kilku lat, niezbyt zresztą konsekwentnie, działania zmierzające do zwiększenia samodzielności władz terenowych w ich gospodarce budżetowej. Przyjęło się wiązać głównie z tym właśnie niewystarczalność budżetowego finansowania opieki zdrowotnej, z tym że druga z tych przyczyn, tj. zwiększenie samodzielności budżetowej władz terenowych, wtraktowane jest, tym poważniej, że konsekwentnie przeprowadzone musiałoby doprowadzić ponadto do rozluźnienia zależności terenowej opieki zdrowotnej od ustaleń resortowych, a więc *de facto* do zmiany systemu kierowania opieką zdrowotną.

Skłania to — przy utrzymującym się dążeniu do zachowania scentralizowanego, resortowego kierowania przez Ministerstwo Zdrowia opieką zdrowotną w całym kraju — do propozycji zastąpienia budżetowego finansowania opieki zdrowotnej finansowaniem funduszowym z centralnego funduszu parabudżetowego, o własnych niezależnych od sytuacji finansowej państwa źródłach dochodów, wiążąc z tym nawet możliwość zapewnienia odpowiedniej wielkości tych dochodów bez względu na sytuację budżetową. Autorzy tego rodzaju propozycji uznają, że rygory właściwe tradycyjnemu finansowaniu budżetowemu nie odpowiadają zindiwidualizowanej z natury rzeczy działalności w zakresie opieki zdrowotnej, a także uważają, że działalność w zakresie opieki zdrowotnej nie jest dostatecznie konkurencyjna z innymi dziedzinami działalności finansowanej z budżetu państwa, przy czym wyodrębnienie budżetów terenowych z budżetu państwa i rzeczywiste usamodzielnienie władz terenowych, związane z oparciem tych władz na zasadach samorządowych mogłoby utrudnić opieranie finansowania opieki zdrowotnej na jednolitych zasadach w skali całego kraju, i tym samym kierowanie tą opieką z jednego centralnego ośrodka dyspozycyjnego.

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

Najbardziej oczywistą wydaje się argumentacja głosząca, że tradycyjne, obwarowane licznymi rygorami (wprawdzie w większości jedynie formalnymi i bez większego już praktycznego znaczenia) finansowanie budżetowe nie odpowiada potrzebom zindiwidualizowanej działalności w zakresie opieki zdrowotnej i specyficznym cechom tej działalności jako działalności usługowej. Jednakże nawet ta najbardziej oczywista argumentacja spotyka się z kontrargumentacją przeciwstawiającą się traktowaniu finansowania budżetowego, a zwłaszcza metody planowania budżetowego i procedury budżetowej, jako niezmiennych. Finansowanie budżetowe będzie musiało być unowocześnione gdyż wymaga tego sama reforma gospodarcza, przy czym będzie to miało tym większe w odniesieniu do całej sfery usług społecznych, a nie tylko opieki zdrowotnej, znaczenie, im bardziej zmniejszaćcsię będzie znaczenie budżetu w finansowaniu przedsiębiorstw państwowych w sferze produkcji materialnej. Nadanie przez to budżetowi bardziej jednoznacznie charakteru podstawowego funduszu finansowania działalności w sferze zbliżonej do tradycyjnej gospodarki publicznej ułatwiałoby racjonalizację tej sfery finansowania budżetowego, doprowadzając tym samym do odpowiedniej przebudowy instytucji i instrumentów finansowania budżetowego.

Pewne znaczenie ma przy tym także i to, że jeśli uznaje się — a tego w zasadzie się nie kwestionuje — opiekę zdrowotną za jedno z podstawowych zadań państwa, to tym samym uznaje się za dopuszczalną ingerencję państwa w określaniu rozmiarów, struktury i standardu opieki zdrowotnej a także poziomu finansowania instytucji prowadzących działalność w tym zakresie. Ingerencja ta może się opierać, przy utrzymaniu finansowania budżetowego, na tradycyjnej kontroli parlamentarnej gospodarki budżetowej, co nie byłoby możliwe przy

finansowania funduszowego Dlatego też propozycjom finansowania funduszowego towarzyszą na ogół propozycje tworzenia społecznych rad zdrowia, których działalność mogłaby zastąpić rolę wypełnianą dotychczas przez parlament.

3.2. Sporne problemy udziału dochodów ludności i zakładów pracy w finansowaniu opieki zdrowotnej

Problematyka indywidualnej odpłatności za usługi opieki zdrowotnej a także – w nieco mniejszym już stopniu – zagadnienie wyceny leków oraz zakresu odpłatności za leki należyyy do najbardziej drażliwych społecznie i zarazem kontrowersyjnych w dotychczasowych dyskusjach nad kształtem reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej. Dyskusyjność tej problematyki jest dosyć oczywistym rezultatem omawianej już bariery ustrojowej i bariery psychologicznej, a zwłaszcza braku jasności co do zasad podziału w przyszłym ustroju społeczno–gospodarczym.

Uznaje się dość powszechnie, że opieka zdrowotna jest ze względu konstytucyjno–ustrojowych nieodpłatna, jakkolwiek ta nieodpłatność, nie odnosząca się zresztą do wszystkich ogniw opieki zdrowotnej (np. leków poza zamkniętą opieką zdrowotną), dotyczyła w Polsce Ludowej początkowo wyłącznie zatrudnionych w gospodarce uspołecznionej i ich rodzin. Pozostałe grupy ludności otrzymały uprawnienia do bezpłatnej opieki zdrowotnej na zasadach analogicznych do zatrudnionych w gospodarce uspołecznionej, dopiero od 1 stycznia 1972 r. i to pod pewnymi warunkami (np. rolnicy indywidualni pod warunkiem opłacania składki ubezpieczenia społecznego, nie będącego jednakże ubezpieczeniem chorobowym).

W prowadzonych na ten temat w ostatnim czasie dyskusjach – w ramach prac nad reformą ekonomiczną w opiece zdrowotnej – podnosi się niekiedy że nieodpłatność opieki zdrowotnej ma w dużym stopniu wyłącznie deklaratywny charakter a rzeczywisty zakres indywidualnej odpłatności ludności za usługi opieki zdrowotnej występuje w Polsce w tak liczącym się w praktyce zakresie, że należałoby tę odpłatność wykorzystać dla racjonalizacji działalności usługowej w dziedzinie opieki zdrowotnej. Opłaty za usługi mogłyby stać się instrumentem oddziaływania na rozmiary, strukturę i standard działalności usługowej w sferze opieki zdrowotnej.

Wymaga przy tym rozstrzygnięcia, i to jest właśnie najbardziej kontrowersyjne, czy opłaty te miałyby być opierane na zasadach spożycia zbiorowego[24], czy w ramach mechanizmu rynkowego lub chociażby zbliżonego do rynkowego[25]. Opłaty za usługi opieki zdrowotnej wykorzystywane w ramach spożycia zbiorowego miałyby występować zwłaszcza w charakterze regulatorów spożycia usług opieki zdrowotnej. Natomiast opłaty za usługi opieki zdrowotnej stosowane w ramach mechanizmu rynkowego (a ściślej mówiąc mechanizmu zbliżonego do rynkowego) miałyby występować jako regulatory zarówno procesu świadczenia usług opieki zdrowotnej (podaży) jak i procesu spożycia usług opieki zdrowotnej (popytu) a nawet w charakterze regulatorów alokacji zasobów w sferze opieki zdrowotnej.

---

[24] Zasady na jakich miałyby się opierać opłaty za usługi społeczne wykorzystywane w ramach spożycia zbiorowego omawia J. Wierzbicki, *Działalność socjalno–kulturalna, źródła i formy jej finansowania*, w: *Problemy finansowania działalności niematerialnej, wyd. cyt.*, s. 59 i nast.; *Usługi socjalne w systemie finanowym państwa*, Opolskie Roczniki Ekonomiczne, PWN Warszawa–Wrocław 1975, t. VII. Por. także J. Sobiech, J. Wierzbicki, *Problemy terenowego kierowania zaspokojeniem potrzeb socjalnych i kulturalnych ludności*, w: *Studia ekonomiczno–finansowe z działalności socjalno–kulturalnej (2), wyd. cyt.*, s. 20 i nast.; J. Piwosz, *Ekonomiczna odrębność opłat za usługi socjalno–kulturalne, wyd. cyt.*, s. 33 i nast. oraz K. Piotrowska–Marczak, *Problemy odpłatności w zakresie usług społecznych (ze szczególnym uwzględnieniem służby zdrowia)*, Prace Zakładu Budżetu Państwa, Instytut Finansów Warszawa 1988.

[25] Na temat wykorzystywania opłat za usługi socjalno–kulturalne w ramach mechanizmu rynkowego najwnikliwiej, jak dotychczas, w piśmiennictwie polskim wypowiadał się M. Nieduszyński, W: *Ekonomiczne aspekty odpłatności za usługi socjalne*, Zakład Budżetu Państwa Instytut Finansów, Warszawa 1970; *Odpłatność za usługi socjalne w aspekcie realizacji polityki społecznej*, Zakład Budżetu Państwa Instytut Finansów, Warszawa 1971; M. Nieduszyński, *Problematyka odpłatności i efektywności usług socjalnych*, Finanse 1971 nr 12. Por. także, G. Hereźniak, *Społeczno–ekonomiczne aspekty komercjalizacji usług w wybranych dziedzinach spożycia zakładowego (maszynopis)*, Łódź 1987; S. Golinowska, *Odpłatność ludności za usługi społeczne (warianty rozwiązań)*, Finanse 1982 nr 7.

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

Uważa się poza tym, że byłoby do przyjęcia pobieranie opłat o charakterze rynkowym za usługi medyczne o specyficznym charakterze (np. niektóre usługi chirurgii plastycznej) i usługi laboratoryjno—diagnostyczne, o ile byłyby one świadczone na życzenie pacjenta, z pominięciem lekarza tzw. pierwszego kontaktu (zatrudnionego w państwowych instytucjach podstawowej opieki zdrowotnej) albo na podstawie skierowań ze spółdzielczości lekarskiej czy prywatnych instytucji opieki zdrowotnej. Wydaje się jednak, że tego rodzaju rozwiązanie nie dałoby się w praktyce skutecznie zastosować ze względu na to, że zwiększałoby to jedynie liczbę usług świadczonych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (w wyniku nacisków wywieranych na lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej). Wymaganie pośrednictwa lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej jako warunek bezpłatności usług specjalistycznych i usług laboratoryjno—diagnostycznych wydaje się zatem iluzorycznym.

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

Celowość pobierania opłat za usługi opieki zdrowotnej ustalanych na zasadach spożycia zbiorowego wynika zasadniczo z dwóch przesłanek tj. dążenia do finansowego uzupełnienia funduszów społecznych przeznaczonych na opiekę zdrowotną oraz dążenia do wykorzystania opłat jako regulatorów spożycia usług opieki zdrowotnej. Pierwsza z tych przesłanek jest dosyć oczywista. Natomiast druga wymaga pewnego objaśnienia. Otóż, można przyjąć, że odpowiednio ukształtowana odpłatność usług opieki zdrowotnej stanowić będzie podstawę bardziej elastycznego ich podziału, przystosowując go lepiej od administracyjnego unormowania do zindiwidualizowanych potrzeb zdrowotnych ludności i przeciwdziałając zarazem marnotrawnemu korzystaniu z usług opieki zdrowotnej.

Odrębnym problemem jest pobieranie opłat od zakładów pracy za usługi medyczne świadczone w ramach zakładowej służby zdrowia w tych zakładach pracy, które nie są obejmowane przepisami o przemysłowej służbie zdrowia. Jest to wyjątkowo sporny problem, łączący się z szerszym — poruszanym już kilkakrotnie wyżej — zagadnieniem finansowania opieki zdrowotnej z funduszów poszczególnych zakładów pracy w warunkach reformy ekonomicznej. Wydaje się, że należałoby dążyć do ograniczenia działalności usługowej rozmaitych zakładowych służb zdrowia zasadniczo wyłącznie do działalności profilaktycznej oraz zapewnienia właściwych ze względów zdrowotnych warunków pracy. Gdyby dążenie to uwieńczone zostało w jakimś liczącym się zakresie powodzeniem, to nie zachodziłaby potrzeba rozwijania odpłatności zakładów pracy za usługi opieki zdrowotnej. Tym bardziej, że można by równocześnie poprzez odpowiednie różnicowanie składek ubezpieczenia społecznego uwzględniać stopień zagrożenia zdrowia załóg pracowniczych w poszczególnych zakładach pracy, co miałoby zwłaszcza znaczenie przy rozwijaniu ubezpieczeniowego modelu opieki zdrowotnej. Jeśli by jednak w ramach zakładowych służb zdrowia w dalszym ciągu rozwijana była działalność polegająca na świadczeniu usług opieki zdrowotnej (podstawowych i specjalistycznych) a sama opieka zdrowotna nie byłaby opierana na zasadach ubezpieczeniowych bądź też nie udałoby się doprowadzić do różnicowania składek ubezpieczenia społecznego to wydaje się, że byłoby uzasadnione pobieranie opłat od zakładów pracy za usługi świadczone w ramach zakładowych służb zdrowia. Wydaje się jednak, że w warunkach reformy ekonomicznej, mającej doprowadzić do gospodarki rynkowej nastąpi ograniczenie działalności zakładowych służb zdrowia do działalności profilaktycznej oraz zapewnienie właściwych warunków pracy. Pozbawi to omawiany tu problem pobierania opłat od zakładów pracy za usługi opieki zdrowotnej dotychczasowej ostrości, podnosząc równocześnie znaczenie problematyki finansowych konsekwencji prowadzenia bądź zaniechania przez zakłady pracy działalności profilaktycznej w powiązaniu z całą sferą bezpieczeństwa i higieny pracy.

Stosowanie opłat za usługi opieki zdrowotnej świadczone przez instytucje państwowej opieki zdrowotnej jest dużo częściej przedmiotem rozmaitego rodzaju dyskusji od niemniej kontrowersyjnej problematyki wyceny leków i zakresu odpłatności za leki. Problematyka ta jest wyjątkowo złożona, a to ze względu na równoczesne występowanie następujących zjawisk: szybkiego wzrostu kosztów produkcji leków, skłaniającego do odpowiedniego wzrostu cen wielu leków (przy zachowaniu niezmiennego poziomu cen niektórych innych leków); stosunkowo wysokiej akumulatywności całego przemysłu farmaucentycznego, który tradycyjnie należy do najbardziej zyskownych gałęzi przemysłu; dotkliwego i pogłębiającego się braku leków, a także częstej spekulacji lekami.

Obowiązujący w Polsce system opłat za leki nabywane przez ludność w aptekach i zużywane w szpitalach powoduje, że średnia odpłatność ludności za leki nie przekracza, szacunkowo rzecz ujmując ok. 10—12%, przy rosnących dopłatach z budżetu centralnego, do cen leków nabywanych przez ludność. Pewne zainteresownie budzi w tych warunkach możliwość swobodnego kształtowania cen leków przy równoczesnym ograniczeniu zakresu bezpłatności czy częściowej tylko odpłatności za leki.

Problemy odpłatności leków zużywanych w szpitalach oraz regulowania zużycia leków w szpitalach są najczęściej całkowicie w prowadzonych na ten temat dyskusjach pomijane, co utrudnia kompleksowe rozwiązanie omawianego tutaj problemu wyceny leków i zakresu odpłatności za leki.

Złożoność całej tej problematyki powoduje, że brak jest skonkretyzowanych propozycji kompleksowego jej rozwiązania, a liczne próby podwyższenia opłat za leki nabywane przez ludność napotykają na powszechny sprzeciw (nawet przy zachowaniu częściowej odpłatności za usługi) i nie zostały dotychczas uwieńczone powodzeniem. Tym bardziej odnosi się to do ograniczenia uprawnień do bezpłatnego korzystania z wszelkich leków (odnosi się to zwłaszcza do emerytów i rencistów). Przeprowadzone w tych warunkach z początkiem 1989 roku i z początkiem 1990 roku podwyżki cen leków niczego nie zmieniły pozostawiając zarówno niezmienne zasady wyceny leków, jak i zakres uprawnień do bezpłatności i częściowej odpłatności za leki.

Pojawiają się próby zróżnicowania zakresu odpłatności za leki nie według kryterium podmiotowego (nabywcy leków) albo swoiście rozumianego kryterium przedmiotowo—funkcjonalnego, zgodnie z którym dzieliłoby się leki na ratujące życie (dla wszystkich bezpłatne); podstawowe (dla wszystkich częściowo odpłatne) oraz ponadpodstawowe (dla wszystkich w pełni odpłatne). Propozycja ta byłaby jednak trudna w praktycznym zastosowaniu, a to ze względu na wyjątkową umowność podziału leków na wskazane trzy grupy oraz ze względu na to, że wymagałoby to zapewnienia możliwości pełnego zaopatrzenia przynajmniej w leki zaliczane do pierwszej z wymienionych grup. W każdym razie niezbędne jest dokonanie wyboru i przyjęcie jakiegoś rozwiązania tego wielce kontrowersyjnego i drażliwego problemu.

Problematyka odpłatności za usługi opieki zdrowotnej i opłat za leki nie straci — jak się to niekiedy upraszczająco przyjmuje — aktualności przy zastąpieniu budżetowego finansowania opieki zdrowotnej finansowaniem funduszowym, w tym także ubezpieczeniowym z jego roszczeniem na ubezpieczenie chorobowe. Z tym ostatnim wiąże się wiele dodatkowych problemów, jakich tu bliżej nie rozpatruję. W każdym razie nie wypadnie przy wyborze tego rozwiązania problem częściowej odpłatności za usługi opieki zdrowotnej i za leki, chociażby w formie swoistego udziału własnego pacjentów w ponoszeniu kosztów opieki zdrowotnej.

3.3. Niektóre dyskusyjne zagadnienia przebudowy mechanizmów finansowania instytucji państwowej opieki zdrowotnej

Wszelkie mankamenty i niedoskonałości istniejącego systemu ekonomiczno—finansowego opieki zdrowotnej przejawiają się najostrzej w jednostkach podstawowych, tj. w instytucjach opieki zdrowotnej. Stąd też rozpatrywane bliżej w rozdziale II zasady i organizacja gospodarki finansowej tych instytucji były od dawna szczególnym przedmiotem dyskusji. Stosowane

dotychczas mechanizmy finansowania instytucji opieki zdrowotnej są w związku z tym stosunkowo dobrze opisane i poddane daleko idącej krytyce, przy czym nie zawsze dostatecznie uświadamiany jest fakt, że krytyka odnosząca się do funkcjonowania instytucji opieki zdrowotnej wiąże się z wadliwością całego systemu kierowania opieką zdrowotną a nie tylko zastosowanych mechanizmów finansowania tych instytucji. Dlatego też sprowadzanie reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej — jak się to często czyni — wyłącznie do zmian w systemie ekonomiczno—finansowym instytucji opieki zdrowotej jest zbyt daleko idącym uproszczeniem i nie może przynieść pozytywnego rezultatu bez względu na charakter zabiegów reformatorskich w tym zakresie.

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

Duże nadzieje wiązano przede wszystkim z możliwością zastąpienia finansowania podmiotowego finansowaniem przedmiotowym instytucji opieki zdrowotnej, polegającym na jego upodobnieniu do przychodów ze sprzedaży świadczonych usług. Nadzieje te nie zostały jednak, jak dotąd, ziszczone, nie udało się bowiem rozwiązać problemów odpowiedniego doboru mierników usług oraz rachunku kosztów jednostkowych usług świadczonych przez instytucje opieki zdrowotnej.

Zasadniczo najbardziej skonkretyzowane są propozycje przebudowy metod finansowania szpitali jako jednostek budżetowych i podjęte zostały nawet próby eksperymentalnego finansowania szpitali z zastosowaniem finansowania przedmiotowego. Próby te nie były jednak konsekwentne, dążyło się w nich raczej do systemu mieszanego, łączącego finansowanie kosztów stałych na zasadzie finansowania podmiotowego i kosztów zmiennych na zasadzie finansowania przedmiotowego.

Zasadniczym ale i najtrudniejszym problemem wymagającym rozwiązania jest stworzenie w miarę automatycznie i na zasadach ogólnych funkcjonującego mechanizmu budżetowego finansowania instytucji opieki zdrowotej, a więc takiego mechanizmu, który eliminowałby uznaniowość w zasilaniu budżetowym instytucji opieki zdrowotnej. Prowadzone w tym zakresie poszukiwania nie zostały — jak dotąd — uwieńczone powodzeniem. Dlatego też prowadzone są równolegle poszukiwania takich finansowych instrumentów regulacyjnego oddziaływania na instytucje opieki zdrowotnej, które by umożliwiły skuteczne kierowanie tymi instytucjami i równocześnie stwarzały warunki sprzyjające tzw. ekonomizacji czyli racjonalizacji działalności instytucji opieki zdrowotnej.

Problemem nie rozwiązanym pozostaje ponadto nadal — ściśle powiązany z mechanizmem finansowania instytucji opieki zdrowotnej — problem racjonalizacji działalności instytucji opieki zdrowotnej sprowadzany często do poszukiwania odpowiedzi na pytanie: czy, a jeśli tak to w jaki sposób, regulować koszty działalności instytucji opieki zdrowotnej, a zwłaszcza koszty działalności szpitali, a więc czy z zastosowaniem normowania rzeczowego i finansowego, czy jakichś form uzgadniania (negocjowania) dopuszczalnego poziomu kosztów, czy też jeszcze innych metod i narzędzi regulowania kosztów.

Ekonomizacja instytucji opieki zdrowotnej jest dużo szerszym problemem, wymagającym nowego spojrzenia na zasady terytorialnej rejonizacji ich działania, na dopuszczenie możliwości konkurowania przez nie w pewnym zakresie między sobą, a także możliwości integracji instytucji opieki zdrowotnej oraz wielu innych jeszcze podstawowych problemów organizacji i funkcjonowania opieki zdrowotnej. Omawiając niektóre dyskusyjne zagadnienia przebudowy mechanizmów finansowania instytucji opieki zdrowotnej nie trudno nie dostrzec pewnego błądzenia w próbach poszukiwań kierunku przebudowy mechanizmów finansowania instytucji

opieki zdrowotnej. Wydaje się, że pewnym uporządkowaniem tych poszukiwań mogłoby być nawiązanie do doświadczeń tradycyjnych zakładów użyteczności publicznej, znanych także i w Polsce przed 1950 rokiem. Zasady, na jakich opierało się finansowanie zakładów użyteczności publicznej mogłyby stanowić dogodny i właściwy punkt wyjścia dla przebudowy systemów ekonomiczno—finansowych państwowych instytucji opieki zdrowotnej w kierunku ich ekonomizacji.

3.4. Sporne problemy wynagradzania pracowników państwowych instytucji opieki zdrowotnej

Jednym ze szczególnych problemów systemu ekonomiczno—finansowego opieki zdrowotnej, o istotnym znaczeniu dla wielu innych rozwiązań reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej, są zasady wynagradzania pracowników opieki zdrowotnej oraz mechanizmy kształtowania środków na wynagrodzenia w instytucjach opieki zdrowotnej. Problem ten rozwiązywany jest na ogół w nawiązaniu do poziomu płac pracowników służby zdrowia, uważanego przez wszystkich uczestników dyskusji za rażąco niski, zwłaszcza w relacji do poziomu płac w sferze produkcji matèrialnej. Mimo że przedmiotem dyskusji nie jest sam poziom płac lecz zasady i mechanizmy wynagradzania w instytucjach opieki zdrowotnej doprowadziło to w praktyce do rozwiązywania tego problemu właśnie z punktu widzenia poziomu płac. Utrudnia to poszukiwanie właściwych rozwiązań, które sprowadzało się w praktyce do poszukiwania mechanizmu przeciwdziałającego zbyt niskiemu poziomowi płac pracowników państwowej opieki zdrowotnej, zwłaszcza przez wiązanie średniej płacy w opiece zdrowotnej ze średnią płacą w sferze materialnej gospodarki uspołecznionej.

Środki na wynagrodzenia w instytucjach opieki zdrowotnej kształtowane są dotychczas — jak już o tym była mowa — na zasadach właściwych gospodarce budżetowej, stosowanych zwłaszcza w planowaniu budżetowym. Środki te podlegają więc centralnej regulacji, z wykorzystaniem limitowania i przeciętnej płacy jako instrumentów tej regulacji. Natomiast poziom płac indywidualnych jest ustalany w oparciu o zasady jednolicie obowiązujące w skali całego kraju, uwzględniając wykształcenie, stopień specjalizacji zawodowej, długość stażu pracy i przy tym gwarantując opierany na tych samych zasadach awans finansowy. Bardzo są w tym systemie ograniczone, jakkolwiek formalnie występują, możliwości indywidualizacji poziomu wynagrodzenia w zależności od oceny przez kierownictwo instytucji opieki zdrowotnej rzeczywistego wkładu i efektu pracy poszczególnych pracowników.

Oczekiwania związane ze zmianami w zasadach wynagradzania pracowników instytucji państwowej opieki zdrowotnej są dosyć daleko idące i nawet — jak się wydaje — nadmierne. Chciałoby się mianowicie aby były to zmiany, w których następstwie występowałyby zmiany w strukturze zatrudnienia, zwłaszcza lekarzy, polegające na przypływie kadr lecznictwa specjalistycznego (przede wszystkim szpitalnego w dużych agromeracjach miejskich) do lecznictwa podstawowego (głównie przychodni i poradni w mniejszych skupiskach miejskich i ośrodków zdrowia na wsi). Chciałoby się również, aby w wyniku zmian w samych tylko zasadach wynagradzania ulegał zwiększeniu zakres i poziom działalności usługowej państwowej opieki zdrowotnej i następowała równocześnie intensyfikacja działalności leczniczej, z poprawą stopnia wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej itp.

Propozycje wysuwane w prowadzonych dyskusjach nie idą jednak zbyt daleko, jeśli w ogóle wykraczają poza propozycje samych podwyżek stawek płac w istniejących już tabelach płac. W prowadzonych dyskusjach przywiązuje się zwłaszcza uwagę do nadania motywacyjnego znaczenia systemowi wynagradzania w państwowej opiece zdrowotnej. Dotychczas zgłaszane w tym zakresie propozycje są jednak dosyć jednostronne, dotycząc w zasadzie jedynie sposobu kształtowania płac indywidualnych, z pominięciem mechanizmów kształtowania środków na wynagrodzenie w instytucjach podstawowej opieki zdrowotnej. Odnosi się to także do prowadzonych w ostatnich latach eksperymentów płacowych w państwowej służbie zdrowia, których wyniki nie są — z tego właśnie, jak się wydaje, powodu — jednoznaczne. Tymczasem indywidualizacja i różnicowanie płac poszczególnych pracowników, ze względu zwłaszcza na

efekty ich pracy (z ewentualnym wykorzystaniem także i innych kryteriów), wymaga powiązania płac z mechanizmami kształtowania środków na wynagrodzenia w instytucjach opieki zdrowotnej i nawet szerzej z mechanizmami finansowania instytucji opieki zdrowotnej.

W nieco dalej idących propozycjach rozpatrywane są odrębnie zasady wynagradzania pracowników tzw. lecznictwa otwartego w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz odrębnie zasady wynagradzania pracowników szpitalnictwa i lecznictwa specjalistycznego. W zakresie zasad wynagradzania pracowników podstawowej opieki zdrowotnej spór toczy się — mówiąc najogólniej — pomiędzy zwolennikami systemu wynagradzania zbliżonego do akordowego, a więc wiążącego wysokość indywidualnej płacy lekarza z ilością udzielonych przezeń porad, oraz zwolenników systemu wynagradzania zbliżonego do opcyjnego, a więc wiążącego w otwartej opiece zdrowotnej wysokość indywidualnej płacy z liczbą pacjentów będących pod opieką poszczególnych lekarzy, z zagwarantowaniem pacjentom prawa do swobodnego wyboru lekarza. Natomiast w szpitalnictwie i lecznictwie specjalistycznym miałyby występować, obok płacy stałej, ustalanej na dotychczasowych zasadach, ruchome części płacy, uzależniona od rozmiarów świadczonych usług, a więc podobnie jak w przypadku lecznictwa otwartego, przy czym wysokość części ruchomej płacy miałaby być ustalana przez kierujących szpitalami w poszczególnych szpitalach dowolnie. Zastosowanie tej propozycji w praktyce wymagałoby zmian w zasadach zasilania finansowego szpitali oraz stworzenia odpowiednich mechanizmów regulowania środków na wynagrodzenia w tych szpitalach.

Nie są to wszystkie możliwe rozwiązania mechanizmów i zasad wynagradzania pracowników służby zdrowia. Wybór jednego z możliwych rozwiązań jest bardzo kontrowersyjny i ma dosyć oczywiste i daleko idące znaczenie dla całej reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej.

Rozdział IV

KIERUNKI I PROBLEMY PRZEBUDOWY EKONOMICZNO—FINANSOWYCH MECHANIZMÓW KIEROWANIA OPIEKĄ ZDROWOTNĄ

1. Ekonomiczno—finansowy mechanizm centralnego kierowania usamodzielnionymi instytucjami opieki zdrowotnej

1.1. Przewidywany zakres i konsekwencje usamodzielnienia instytucji opieki zdrowotnej

(1) Dotychczasowy rozwój systemu opieki zdrowotnej w Polsce oraz niektóre współczesne tendencje światowe mogą skłaniać do wyboru jako pożądanego kierunku przyszłego rozwoju systemu kierowania opieką zdrowotną odpowiednio zmodyfikowanego systemu centralnego kierowania usamodzielnionymi instytucjami państwowej opieki zdrowotnej, w którym opieka zdrowotna prowadzona przez duże i usamodzielnione instytucje usługowe, traktowana byłaby jako działalność usługowa państwa o podstawowym w polityce społeczno—gospodarczej kraju znaczeniu i w związku z tym podlegająca centralnej regulacji, chociaż przy zastosowaniu instrumentów pośredniego kierowania (w zakresie, w jakim by na to pozwalało usamodzielnienie instytucji opieki zdrowotnej). Wydaje się że nie należy nie doceniać znaczenia tego kierunku rozwoju systemu opieki zdrowotnej w Polsce, a to zwłaszcza dlatego, że przemawia za nim wiele argumentów natury ekonomicznej, w tym szczególnie niezadawalający stan i rozmieszczenie infrastruktury opieki zdrowotnej oraz dążenie do maksymalnego wykorzystania istniejących i będących już w posiadaniu systemu opieki zdrowotnej zasobów.

Centralne kierowanie usamodzielnionymi instytucjami opieki zdrowotnej mogłoby polegać bądź na bezpośrednim kierowaniu tymi instytucjami ze szczebla centralnego, bądź na kierowaniu tymi instytucjami zasadniczo ze szczebla centralnego ale z wykorzystaniem w jakimś zakresie pośrednictwa władz terenowych, przy niewielkim jednak na ogół rzeczywistym znaczeniu tych władz w kierowaniu instytucjami opieki zdrowotnej (czyli przy braku lub znacznym ograniczeniu samorządności terytorialnej), przy czym znaczenie władz terenowych w kierowaniu instytucjami opieki zdrowotnej byłoby tym mniejsze im szerszy byłby zakres samodzielności instytucji usługowych oraz im większe rozmiary przybierałyby te instytucje. Zasadnicze w tym systemie znaczenie uzyskiwałyby podstawowe jednostki usługowe systemu opieki zdrowotnej.

Bez trudu można dostrzec pewne analogie pomiędzy omawianym tu systemem kierowania instytucjami opieki zdrowotnej a systemem kierowania przedsiębiorstwami państwowymi sfery produkcji materialnej w częściowo zdecentralizowanych systemach gospodarki planowej. Przenoszenie rozwiązań systemowych ze sfery produkcji materialnej do opieki zdrowotnej nie wydaje się jednak trafne, i to nie tylko dlatego, że rozwiązania te nie były nigdy w sferze produkcji materialnej skuteczne, lecz i dlatego, że przedmiot działalności przedsiębiorstw sfery materialnej różni się zasadniczo od przedmiotu działalności instytucji opieki zdrowotnej, z czym wiąże się ściśle możliwy stopień ich usamodzielnienia.

Bliższe rozpatrzenie tego, dosyć nawet prawdopodobnego kierunku reformowania systemu opieki zdrowotnej wymaga przedstawienia w pierwszej kolejności przewidywanego zakresu i konsekwencji usamodzielnienia instytucji opieki zdrowotnej.

(2) Samodzielność instytucji opieki zdrowotnej można zdefiniować jako możliwość swobodnego podejmowania przez te instytucje decyzji odnoszących się do sposobu wykorzystania zasobów będących w posiadaniu tych instytucji, co jest równoznaczne ze swobodą wyboru technologii działalności usługowej (w uproszczeniu można powiedzieć, że oznacza to swobodę wyboru

technologii leczenia) oraz umożliwieniem swobodnego podejmowania przez te instytucje decyzji odnoszących się do sposobu powiększenia lub pomniejszenia albo też zmiany struktury istniejących zasobów instytucji opieki zdrowotnej. Praktyczne wykorzystywanie tak zdefiniowanej samodzielności instytucji opieki zdrowotnej wyraża się przede wszystkim w ich samodzielności finansowej, oznaczającej swobodę gromadzenia i wykorzystywania zasobów pieniężnych (funduszów).

Samodzielność instytucji opieki zdrowotnej ma jednak zawsze względny charakter, a to dlatego, że instytucje te, stanowiąc układ kierowany, są przedmiotem regulacyjnego oddziaływania z wykorzystaniem nie tylko instrumentów pośredniego kierowania, lecz zawsze w pewnej mierze także instrumentów bezpośredniego kierowania, ze strony organów składających się na układ kierujący. Pełne usamodzielnienie instytucji opieki zdrowotnej nie wydaje się możliwe bez opierania podziału świadczonych przez nie usług na mechanizmie rynkowym a więc w rozpatrywanym tu systemie centralnego kierowania opieką zdrowotną pełne usamodzielnienie instytucji opieki zdrowotnej wydaje się bardzo wątpliwe. Można więc powiedzieć, że stopień samodzielności instytucji opieki zdrowotnej musi być zawsze dostosowany do reguł obowiązującego systemu kierowania tymi instytucjami. Oczywistą konsekwencją tego jest to, że uzyskiwane przez instytucje opieki zdrowotnej efekty zależą nie tylko od trafności podejmowanych przez te instytucje samodzielnie, w ramach istniejącego systemu kierowania, decyzji, ale i od właściwości i skuteczności stosowanych wobec tych instytucji instrumentów bezpośredniego i pośredniego kierowania.

Zakres usamodzielnienia rozmaitego rodzaju instytucji opieki zdrowotnej może być zróżnicowany. Szersze usamodzielnienie instytucji opieki zdrowotnej oznacza ich wyposażenie zarówno w swobodę podejmowania decyzji o bieżącym wykorzystywaniu zasobów będących już w posiadaniu tych instytucji, jak i w swobodę do podejmowania decyzji o inwestycyjnym powiększaniu, pomniejszaniu lub zmianie struktury zasobów instytucji opieki zdrowotnej. Usamodzielnienie instytucji opieki zdrowotnej w węższym zakresie może się sprowadzać wyłącznie do ich wyposażenia w swobodę podejmowania bieżących decyzji, odnoszących się do wykorzystywania zasobów będących już w dyspozycji tych instytucji. W pierwszym przypadku instytucje opieki zdrowotnej mogą uzyskać znaczny nawet zakres swobody w wyborze technologii prowadzonej działalności usługowej, a w drugim przypadku zakres ten będzie stosunkowo wąski, gdyż technologię przesądzają w dużym stopniu zmiany w rozmiarach i strukturze zasobów będących w posiadaniu tych instytucji. Jeśliby jednak nawet zakres tego usamodzielnienia miał odnosić się wyłącznie do decyzji bieżących, byłoby ono bardzo ważne z tego względu, że mogłoby przyczynić się do podniesienia racjonalności działalności usługowej instytucji opieki zdrowotnej oraz do poprawy wykorzystania zasobów posiadanych przez te instytucje.

Istotnym zagadnieniem wiążącym się problemem usamodzielnienia instytucji opieki zdrowtnej jest zakres przedmiotowy ich działalności oraz wielkość i struktura wewnętrzna tych instytucji, przy czym szersze usamodzielnienie tych instytucji mogłoby się odnosić tylko do instytucji osiągających większe rozmiary, przy zróżnicowaniu ich działalności pod względem przedmiotowym. Oznacza to preferowanie w omawianym tu systemie kierowania opieką zdrowotną dużych instytucji usługowych, takich chociażby jak istniejące począwszy od lat 1973—75 w Polsce zespoły opieki zdrowotnej. Takie instytucje opieki zdrowotnej mają jednak z natury rzeczy dosyć złożoną wewnętrzną strukturę organizacyjną i odpowiednio rozbudowany wewnętrzny system kierowania.

Usamodzielnienie instytucji opieki zdrowotnej odnosi się do ich całości, co powoduje, że stają się one pośrednimi szczeblami kierowania. Działalność usługową prowadzą wewnętrzne jednostki organizacyjne tych instytucji, te jednostki a nie skupiające je instytucje są więc *de facto* jednostkami podstawowymi opieki zdrowotnej w ścisłym znaczeniu, przy czym nawet usamodzielnione w szerszym zakresie instytucje mają wyraźną skłonność do pozbawiania samodzielności swych jednostek wewnętrznych, czyli rzeczywistych jednostek podstawowej opieki zdrowotnej, a to doprowadzać może do tego, że podejmowane swobodnie przez te instytucje decyzje wcale nie przyczyniają się do podniesienia racjonalności ich działalności usługowej ani nawet do poprawy wykorzystania posiadanych zasobów.

(3) Proces usamodzielnienia instytucji opieki zdrowotnej nie może się dokonać bez odpowiedniej przebudowy systemów ekonomiczno–finansowych tych instytucji w kierunku ich usamodzielnienia finansowego. Można nawet powiedzieć, że zakres samodzielności finansowej instytucji opieki zdrowotnej przesądza o stopniu rzeczywistego ich usamodzielnienia. Pojęcie samodzielności finansowej instytucji opieki zdrowotnej przesądza o stopniu rzeczywistego ich usamodzielnienia. Pojęcie samodzielności finansowej instytucji usługowych zastępuje się obecnie pojęciem samofinansowania. Nie wydaje się jednak aby były to pojęcia jednoznaczne.

Pojęcie samofinansowania pojawiło się w polskiej literaturze ekonomicznej w połowie lat pięćdziesiątych, zyskując na znaczeniu w latach osiemdziesiątych. Było ono zawsze wiązane z reformą gospodarczą, sprowadzaną początkowo wyłącznie do przedsiębiorstw państwowych – nie będąc nigdy wyraźnie zdefiniowane – zastąpiło rozpowszechnione pojęcie samoopłacalności i samodzielności finansowej przedsiębiorstw. Pod pojęciem samodzielności finansowej przedsiębiorstw i instytucji usługowych, w tym także opieki zdrowotnej, można rozumieć ich swobodę w gromadzeniu i wykorzystywaniu zasobów pieniężnych (funduszów)[1]. Natomiast pod pojęciem samofinansowania rozumie się ostatnio najczęściej pokrywanie kosztów z przychodów, przy czym przychody powinny pochodzić, w przypadku odnoszenia tego pojęcia do instytucji opieki zdrowotnej, zasadniczo z odpłatnego świadczenia usług[2], co zbliża raczej to pojęcie do używanego w przeszłości pojęcia samoopłacalności. W tym rozumieniu samofinansowanie odróżnia się od pojęcia samofinanowania rozwoju, zarezerwowanego dla innej kategorii zjawisk finansowych, tj. finansowania przez przedsiębiorstwa państwowe inwestycji z własnych funduszów i na podstawie samodzielnie podejmowanych decyzji inwestycyjnych. Ze wskazanych wyżej względów trudno byłoby odnosić to pojęcie do instytucji opieki zdrowotnej.

(4) Wydaje się, że w miarę precyzyjne określenie pojęć jest niezbędne, jakkolwiek nastręcza poważne na ogół trudności, gdyż wielu autorów używa pewnych terminów w sobie tylko znanym znaczeniu, nie zwracając uwagi na to, że te same terminy są używane przez innych w odmiennym znaczeniu. Dla rozpatrywanego tutaj kierunku reformowania opieki zdrowotnej, zmierzającego do ustanowienia, jako dominującego w opiece zdrowotnej, systemu centralnego kierowania usamodzielnionymi instytucjami opieki zdrowotnej, ma szczególne znaczenie – jak się wydaje – rozróżnienie pojęcia samodzielności finansowej i pojęcia samofinanowania instytucji opieki zdrowotnej oraz wyjaśnienia czy to ostatnie pojęcie odnosi się wyłącznie do działalności bieżącej czy także i do działalności rozwojowej tych instytucji.

Ze względu na to, że w rozpatrywanym tutaj kierunku reformowania opieki zdrootnej mają dominować usamodzielnione państwowe instytucje opieki zdrowotnej, kierowane bezpośrednio i pośrednio ze szczebla centralnego, opowiadam się za odnoszeniem pojęcia samodzielności finansowej tych instytucji zarówno do procesów gromadzenia, jak i do procesów wykorzystywania przez nie zasobów pieniężnych (funduszów).

Samodzielność finansowa, odnoszona do procesów gromadzenia przez instytucje opieki zdrowotnej własnych zasobów pieniężnych, związana jest z regułami zasilania finansowego tych instytucji a zwłaszcza z warunkami uzyskiwania przez te instytucje przychodów pieniężnych. Wydaje się, że można by mówić o samodzielności finansowej instytucji opieki zdrowotnej w gromadzeniu zasobów pieniężnych nawet wówczas gdyby przychody pieniężne tych instytucji pochodziły wyłącznie (lub prawie wyłącznie) z funduszów społecznych, pod warunkiem jednak takiego automatyzmu w ich uzyskiwaniu, który by eliminował wszelką w tym zakresie uznaniowość. Zagadnieniem ściśle z tym związanym jest możliwość swobodnego przez

[1] Można tutaj wskazać, że w prowadzonych w przeszłości dyskusjach na temat samodzielności finansowej przedsiębiorstw państwowych działających w warunkach scentralizowanego systemu kierowania, pojęcie samodzielności finanowej odnoszone było jedynie do swobody wykorzystywania (a nie gromadzenia) przez przedsiębiorstwa swych funduszów (własnych i obcych). W takim właśnie znaczeniu rozumiana była na przykład samodzielność finansowa w pracy E. Czerwińskiej, *Samodzielność finansowa przedsiębiorstwa państwowego*, PTPN Poznań 1963.

[2] W tym znaczeniu używa się pojęcia „samofinansowanie" w odniesieniu do instytucji usługowych w pracy zbiorowej pod red. A. Łukaszewicza, *Usługi społeczne, wyd. cyt.*

instytucje opieki zdrowotnej wyboru odbiorców usług opieki zdrowotnej, zarówno spośród pacjentów, jak i innych instytucji opieki zdrowotnej[3].

Z góry można założyć, że ani całkowite wyeliminowanie uznaniowości w zasilaniu finansowym instytucji usługowych, ani też całkowita swoboda tych instytucji w doborze odbiorców usług, nie wydają się w odniesieniu do instytucji opieki zdrowotnej możliwe, stąd też i samodzielność finansowa instytucji opieki zdrowotnej w gromadzeniu zasobów pieniężnych może mieć jedynie ograniczony, względny charakter. Należałoby się więc zastanowić nad minimalnym zakresem swobody instytucji opieki zdrowotnej w tym zakresie, który można by nazwać względną samodzielnością finansową instytucji usługowych w gromadzeniu zasobów pieniężnych tych instytucji.

Samodzielność finansowa instytucji usługowych, rozpatrywana w odniesieniu do wykorzystywania zasobów pieniężnych (funduszów) tych instytucji, wyraża się przede wszystkim w swobodzie instytucji usługowych w zakresie podziału przychodów pieniężnych, a więc w swobodzie tworzenia przez te instytucje funduszów, reguł podziału przychodów pomiędzy poszczególne fundusze oraz swobodnego wykorzystywania poszczególnych funduszów w toku prowadzenia działalności usługowej. Wydaje się, że wymagany minimalny zakres tej swobody musiałby oznaczać powiązanie zasilenia finansowego instytucji opieki zdrowotnj z rozmiarami, strukturą i standardem świadczonych przez te instytucje usług w oparciu o samodzielnie przez nie podejmownie decyzje odnośnie struktury i stopnia wykorzystania zasobów, jakimi te instytucje dysponują. Prowadzi to do oczywistego powiązania samodzielności finansowej instytucji opieki zdrowotnej w gromadzeniu zasobów pieniężnych (funduszów) z samodzielnością finansową tych instytucji w wykorzystywaniu tych zasobów.

Konstrukcja systemu ekonomiczno–finansowego instytucji opieki zdrowotnej przesądza w poważnym stopniu o samodzielności finansowej instytucji usługowych w wykorzystywaniu zasobów pieniężnych (funduszów), a to dlatego, że z tej konstrukcji właśnie wynika, jakie fundusze mają być w tych instytucjach tworzone oraz w oparciu o jakie zasady miałoby się odbywać tworzenie i wykorzystywanie tych funduszów.

Z pewnym uproszczeniem można przyjąć, że im mniejsza liczba funduszów, tym wyższy stopień samodzielności finansowej instytucji opieki zdrowotnej. W tym zakresie możliwe są, przynajmniej teoretycznie, trzy rozwiązania:

– przeznaczenie całego przychodu na jeden fundusz wykorzystywany następnie swobodnie przez instytucje opieki zdrowotnej na pokrycie kosztów działalności bieżącej oraz na inwestycje powiększające zdolności usługowe tych instytucji;

– podział przychodu na dwie części, z których jedna byłaby przeznaczana na tworzenie funduszu pokrywającego koszty działaności bieżącej a druga na tworzenie funduszu, przeznaczanego na inwestycje powiększające zdolności usługowe instytucji opieki zdrowotnej;

– wydzielenie z przychodu części przeznaczonej na fundusz inwestycyjny oraz dokonanie podziału pozostałej części przychodu pomiędzy kilka funduszów przeznaczonych na pokrycie określonego rodzaju kowztów działalności bieżącej instytucji opieki zdrowotnej.

Najwyższy stopień samodzielności finansowej posiadałyby te instytucje opieki zdrowotnej, których system ekonomiczno–finansowy skonstruowany byłby w oparciu o pierwsze z przedstawionych wyżej rozwiązań, a najniższy stopień samodzielności finansowej posiadałyby instytucje opieki zdrowotnej, których system ekonomiczno–finansowy skonstruowany byłby w oparciu o trzecie z przedstawionych wyżej rozwiązań. W rozpatrywanym tu modelu zreformowanego systemu opieki zdrowotnej najbardziej prawdopodobny wydaje się stosunkowo niewielki stopień samodzielności finansowej instytucji opieki zdrowotnej, czemu odpowiada system z wielością tworzonych w tych instytucjach funduszów.

Dużo szerzej, od samodzielności finansowej, rozumianym terminem, co nie zawsze jest w literaturze dostrzegane, jest pojęcie samofinansowania, zwłaszcza przy rozciągnięciu tego pojęcia, zarówno na działalność bieżącą, jak i na działalność inwestycyjną. Pojęcie samofinan-

[3] W dotychczasowych warunkach rejonizacji opieki zdrowotnej i stosowanych dotąd metod budżetowego finansowania instytucji opieki zdrowotnej oraz braku samodzielności tych instytucji zwraca się wyłącznie uwagę na zagadnienia odwrotne, tj. swobody wyboru przez pacjenta lekarza we właściwej dla niego rejonowo instytucji opieki zdrowotnej.

sowania w znaczeniu, jakie uzyskało w polskiej literaturze ekonomicznej ostatnich kilku lat, oznacza zarówno pokrywanie kosztów bieżącej działalności, łącznie z kosztami odtworzenia majątku z przychodów, jak i wygospodarowanie pewnej nadwyżki finansowej (zysku), przeznaczanej następnie na powiększenie majątku.

Odnoszenie tak szerokiego pojęcia samofinansowania do państwowych instytucji opieki zdrowotnej nie wydaje się w rozpatrywanym tu kierunku rozwoju systemu ekonomiczno—finansowego opieki zdrowotnej możliwe, przynajmniej gdy wyklucza się możliwość takiej konstrukcji systemu ekonomiczno—finansowego tych instytucji, która zakładałaby finansowanie przez nie z własnych funduszów i na podstawie własnych decyzji inwestycji powiększających zdolności usługowe poszczególnych instytucji opieki zdrowotnej (co pozwalałoby na nadanie pojęciu samofinansowania szerszego znaczenia). Państwowe instytucje opieki zdrowotnej nie będą w rozpatrywanym tu modelu zreformowanej opieki zdrowtnej instytucjami zarobkowymi, nastawionymi na zysk, ale raczej instytucjami zbliżonymi swoim charakterem do instytucji użyteczności publicznej. Pojęcie samofinansowania, jeśli miałoby w ogóle znajdować w tych warunkach zastosowanie, wobec instytucji opieki zdrowotnej, mogłoby co najwyżej oznaczać przeznaczenie przychodów na pokrywanie kosztów bieżącej działalności tych instytucji wraz z kosztami odtwarzania majątku (amortyzacji) pozwalającego na utrzymanie zdolności usługowych instytucji opieki zdrowotnej na niezmienionym poziomie. Możliwe jest przy tym stopniowanie samodzielności finansowej instytucji usługowych, co w warunkach centralnego nimi kierowania, z zastosowaniem w szerszej mierze instrumentów pośredniego kierowania, wydaje się szczególnie przydatne.

(5) Rozpatrując problem samodzielności instytucji opieki zdrowotnej należy uwzględniać nie tylko swobodę tych instytucji w wykorzystywaniu zdolności usługowych i nawet — w jakimś zakresie — w powiększaniu tych zdolności, a także swobodę w zakresie: wyboru wewnętrznego systemu kierowania i wewnętrznej struktury organizacyjnej; kształtowania struktury zatrudnienia; wyboru technologii medycznej; i nawet porządkowych zasad korzystania z usług opieki zdrowotnej itp. Ważnym, chociaż niezbyt często dostrzeganym, aspektem tej samodzielności jest odpowiedzialność (w tym także odpowiedzialność finansowa) instytucji opieki zdrowotnej za prowadzoną przez te instytucje działalność, w tym także za niepowodzenia w tej działalności, związane z ryzykiem łączącym się zawsze ze swobodą decyzji podejmowanych przez poszczególne instytucje usługowe.

Problem odpowiedzialności nie rysuje się wyraźnie w warunkach centralnego kierowania usamodzielnionymi instytucjami opieki zdrowotnej a to z tego przede wszystkim powodu, że trudno jest jednoznacznie ustalić, w jakim stopniu negatywne zjawiska w działalności instytucji opieki zdrowotnej występują na skutek niedoskonałości, czy nawet wadliwości centralnej regulacji, a w jakim stopniu są one rezultatem nietrafnych decyzji, podejmowanych przez same instytucje opieki zdrowotnej w zakresie wyznaczonym przez stopień ich usamodzielnienia.

Zagadnienie odpowiedzialności ma w instytucjach opieki zdrowotnej rozmaite aspekty (w tym zwłaszcza etyczny, prawny, ekonomiczny). Trudno w tym miejscu wszystkie te aspekty rozwijać, ograniczę się więc do wskazania na potencjalny dylemat, jaki może się stosunkowo łatwo pojawić ze względu na swobodę wyboru technologii medycznej (sposobów leczenia), gdy wzgląd na odpowiedzialność profesjonalną skłania do wyboru najskuteczniejszych sposobów leczenia bez względu na ich koszty, a wzgląd na odpowiedzialność ekonomiczną, nakazuje uwzględnienie ograniczoności zasobów, jakimi poszczególne instytucje opieki zdrowotnej dysponują. W praktyce problem ten sprowadza się do wyboru standardu działalności usługowej, który może być zróżnicowany m. in. w zależności od kosztów działalności usługowej.

Wydaje się, że dylemat — skuteczność a koszty leczenia — występuje w instytucjach opieki zdrowotnej, z tym większą siłą, im wyższy jest stopień usamodzielnienia tych instytucji. Niesamodzielne instytucje opieki zdrowotnej są bowiem w znacznej mierze pozbawione swobody w wyborze technologii medycznej (sposobów leczenia), a więc dylemat, o którym tu mowa, jest rozstrzygany poza tymi instytucjami, jakkolwiek rezultaty tego rozstrzygnięcia przejawiają się często właśnie w tych instytucjach. Rozstrzyganie tego dylematu musi się

każdorazowo dokonywać w ramach wyznaczonych przez system centralnej regulacji oraz przez wewnętrzny system kierowania, co ma szczególne znaczenie w instytucjach o złożonej strukturze organizacyjnej oraz o znacznych rozmiarach.

Konsekwencją znacznego usamodzielnienia instytucji opieki zdrowotnej będzie odpowiedzialność tych instytucji za niewystarczalność środków finansowych, a zwłaszcza za ich niewypłacalność, na skutek nieracjonalnego wydatkowania tych środków. Wiąże się z tym problem wykorzystywania kredytu bankowego — w warunkach znacznego usamodzielnienia instytucji opieki zdrowotnej — jak źródła finansowania działalności tych instytucji.

Kredyt bankowy mógłby stać się — jak się wydaje — dosyć ważnym źródłem finansowania działalności tych instytucji i tym samym koszty uzyskania kredytu stałyby się elementem kosztów działalności usługowej tych instytucji. Będzie to musiało mieć znaczenie nie tylko dla gospodarki finansowej instytucji opieki zdrowotnej ale przede wszystkim dla systemu centralnego kierowania usamodzielnionymi instytucjami opieki zdrowotnej, przy włączeniu kredytu bankowego do instrumentów regulacyjnego oddziaływania na instytucje opieki zdrowotnej. Ogólnie można powiedzieć, że centralne kierowanie usamodzielnionymi instytucjami opieki zdrowotnej, z równoczesnym wykorzystaniem kredytu bankowego jako źródła finansowania działalności usługowej tych instytucji, nie wydaje się łatwe do pogodzenia, z drugiej jednak strony trudno mówić o znaczącym stopniu usamodzielnienia instytucji opieki zdrowotnej bez umożliwienia im korzystania z kredytów bankowych.

W rozpatrywanym tu kierunku rozwoju systemu ekonomiczno—finansowego opieki zdrowotnej zakłada się możliwość znacznego usamodzielnienia instytucji opieki zdrowotnej, wiążąc z tym usamodzielnieniem duże nadzieje na racjonalizację centralnego systemu kierowania opieką zdrowotną. W ramach tego systemu można jednak doprowadzić jedynie do względnej samodzielności instytucji opieki zdrowotnej a stopień tej samodzielności, jaki znajdzie wyraz w przyjętym dla tych instytucji modelu systemu ekonomiczno—finansowego będzie w poważnym stopniu uzależniony od tego, w jakim zakresie dałoby się doprowadzić do wykorzystania w warunkach centralnego kierowania usamodzielnionymi instytucjami opieki zdrowotnej źródeł i metod finansowania opieki zdrowotnej właściwych dla pośredniego sterowania ich działalnością. Byłby to więc mieszany system kierowania z możliwością, przynajmniej teoretyczną, znacznego zwiększenia w nim elementów pośredniego kierowania — co byłoby w dużej mierze uzależnione od odpowiedniej przebudowy rozwiązań systemowych w zakresie źródeł i metod finansowania instytucji opieki zdrowotnej — nie łatwo byłoby jednak doprowadzić do wewnętrznej zgodności tego systemu, a to musiałoby wpływać niekorzystnie na sprawność jego funkcjonowania. Do tego kierunku rozwoju systemu kierowania opieką zdrowotną trzeba w każdym razie przywiązywać duże znaczenie.

1.2. Niezbędne przemiany w źródłach i metodach finansowania opieki zdrowotnej w warunkach centralnego kierowania usamodzielnionymi instytucjami opieki zdrowotnej

(1) Centralne kierowanie usamodzielnionymi instytucjami opieki zdrowotnej wymaga wykorzystywania jako dominującego źródła finansowania opieki zdrowotnej bądź zasobów budżetu państwowego, bądź specjalnego funduszu tworzonego na szczeblu centralnym, mającego charakter parabudżetu lub funduszu ubezpieczeniowego lub też funduszu quasi ubezpieczeniowego, który mógłby ewentualnie podlegać repartycji między poszczególne jednostki terytorialne.

Rozpatrywanemu tu kierunkowi rozwoju systemu ekonomiczno—finansowego opieki zdrowotnej najlepiej odpowiadałby fundusz o niezależnych źródłach dochodów, mający charakter parabudżetu, przeznaczany wyłącznie na opiekę zdrowotną. Wydaje się jednak, że warunki omawianego tu systemu centralnego kierowania usamodzielnionymi instytucjami opieki zdrowotnej pozwalają także na oparcie finansowania opieki zdrowotnej na funduszu ubezpieczeniowym (czy *quasi* ubezpieczeniowym), o zasięgu ogólnokrajowym, i o ile jego dochody pochodziłyby ze składek o wyraźnie podatkowym charakterze i jeśli by ubezpieczeni — co

w rozpatrywanym tu modelu byłoby oczywiste – nie mieliby możliwości wyboru ubezpieczyciela[4].

Problem ubezpieczeniowego finansowania opieki zdrowotnej będzie szerzej rozpatrzony, toteż ograniczę się tu do wskazania jedynie na istotną różnicę pomiędzy wykorzystywaniem w systemie centralnego kierowania usamodzielnionymi instytucjami opieki zdrowotnej funduszu parabudżetowego jako źródła finansowania ich działalności oraz wykorzystaniem w systemie centralnego kierowania usamodzielnionymi instytucjami opieki zdrowotnej funduszu typu ubezpieczeniowego jako źródła finansowania ich działalności. Różnica ta wyraża się tym, że w pierwszym przypadku organem kierującym i jednocześnie dysponentem funduszu byłby Minister Zdrowia, a w drugim przypadku możliwe byłoby uczynienie z instytucji ubezpieczeniowej dysponenta funduszu i nawet wyposażenia jej w pewne elementy samorządności. Nie wydaje się jednak aby wybór tego drugiego rozwiązania mógłby istotnie w praktyce wpływać na stopień usamodzielnienia instytucji opieki zdrowotnej, jakkolwiek osłabiałby nieco biurokratyzm scentralizowanego systemu kierowania.

Zasadniczym motywem przemawiającym za wykorzystywaniem funduszu parabudżetowego lub ubezpieczeniowego jako źródła finansowania opieki zdrowotnej jest – jak już o tym była mowa – dążenie do uniezależnienia finansowania opieki zdrowotnej od sytuacji finansowej państwa poprzez wyposażenie tego funduszu we własne źródła dochodów, co w przypadku funduszu parabudżetowego sprawia znaczne w praktyce trudności. Zasadniczym problemem staje się w tym przypadku znalezienie odpowiednich, możliwie pewnych i wydajnych, źródeł dochodów takiego funduszu. Nie jest to łatwe w warunkach ogólnie złej sytuacji gospodarczej kraju, zwłaszcza gdy finansowanie funduszowe odnosić także i do innych, poza opieką zdrowotną, dziedzin działalności usługowej państwa.

Problemem, który ma nie tylko terminologiczne znaczenie ale w dużym stopniu przesądza o rozwiązaniach systemowych, dosyć trudnych zresztą do jednoznacznego rozstrzygnięcia, jest wyraźne odróżnienie funduszu parabudżetowego od funduszu typu ubezpieczeniowego. Wydaje się, że jedną z przesłanek, jaką należałoby brać tu pod uwagę, są cechy charakterystyczne dochodów tego funduszu.

Określenie modelowych cech dochodów funduszów parabudżetowych nie jest łatwe. Łatwiej byłoby określić cechy, jakie powinny posiadać dochody funduszów typu ubezpieczeniowego, w tym zakresie nie ma bowiem zasadniczych kontrowersji. Przyjmuje się na ogół bezdyskusyjnie, że dochody funduszów ubezpieczeniowych powinny pochodzić ze składek ubezpieczeniowych, przy czym składki te powinny być kalkulowane stosownie z uwzględnieniem zasady wzajemności składki i świadczenia w stosunku ubezpieczeniowym. Realizacja tej oczywistej zdawałoby się zasady nie jest jednak w ubezpieczeniach zdrowotnych łatwa do urzeczywistnienia, a to ze względu na to, że – jak już wielokrotnie podkreślano – koszty usług opieki zdrowotnej mają tendencję do nieograniczonego wzrostu. Pomimo tego, przeciwstawia się ogólnokrajowe systemy finansowania opieki zdrowotnej oparte o składkę (nawet jeśli nie ma ona charakteru ściśle ubezpieczeniowego), ogólnokrajowemu systemowi finansowania opieki zdrowotnej opartemu o podatek (nawet jeśli jest to podatek celowy, przeznaczony na zasilenie parabudżetowego funduszu finansowania opieki zdrowotnej).

Wydaje się zresztą, że różnice te zacierają się w praktyce. Występuje bowiem duże upodobnienie składki ubezpieczeniowej w gwarantowanym przez państwo, powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, do podatku celowego, będącego źródłem tworzenia parabudżetu przeznaczonego na finansowanie opieki zdrowotnej w całym kraju. Można powiedzieć, że z punktu widzenia rozpatrywanego tu kierunku rozwoju systemu ekonomiczno-finansowego opieki zdrowotnej nie ma większego znaczenia, jaki charakter – parabudżetu lub funduszu ubezpieczeniowego – ma fundusz będący dominującym źródłem finansowania opieki zdrowotnej. Ważne jest jedynie to, aby fundusz ten miał zasięg ogólnokrajowy oraz aby zasadnicze decyzje o jego tworzeniu i wykorzystywaniu były podejmowane na szczeblu centralnym.

[4] Wydaje się, że warunkom rozpatrywanego tu kierunku rozwoju systemu ekonomiczno-finansowego opieki zdrowotnej mogłoby odpowiadać także istnienie kilku funduszów o zasięgu ogólnokrajowym, o ile tylko każdy z tych funduszów byłby przeznaczany celowo na opiekę zdrowotną dla ściśle określonych grup ludności (np.górników, żołnierzy zawodowych itp.).

(2) Podstawowe znaczenie w ramach obszernej problematyki tworzenia i wykorzystywania funduszu parabudżetowego, będącego dominującym źródłem finansowania usług świadczonych w omawianym tu modelu opieki zdrowotnej ma zagadnienie wystarczalności finansowej tego funduszu. Wydaje się, że przyjęcie założenia o potrzebie zapewnienia samowystarczalności finansowej tego funduszu nie byłoby realistyczne gdyby był on wykorzystywany zarówno na finansowanie działalności inwestycyjnej, jak i działalności bieżącej, co można byłoby z wielu względów uznać za rozwiązanie najwłaściwsze. Finansowe powiązania funduszu będącego dominującym źródłem finansowania opieki zdrowotnej z budżetem państwowym (a prawdopodobnie także i budżetami lokalnymi) są nie do uniknięcia. Powstaje w związku z tym pytanie, na jakich zasadach miałoby to powiązanie się opierać w rozpatrywanym tu modelu opieki zdrowotnej, a zwłaszcza czy budżet państwowy (oraz ewentualnie budżety lokalne) miałby partycypować w pokrywaniu ogółu kosztów opieki zdrowotnej, ponoszonych zasadniczo z omawianego tu funduszu, a zwłaszcza czy miałby wyrównywać ewentualne niedobory takiego funduszu, czy należałoby raczej wydzielić do budżetu państwowego (lub także do budżetów lokalnych) niektóre rodzaje kosztów opieki zdrowotnej (np. inwestycji, pewnych akcji profilaktycznych itp.). Wydaje się, że żadnej tu z przedstawionych możliwości nie należałoby w scentralizowanym systemie kierowania opieką zdrowotną wykluczać, gdyż jest wysoce prawdopodobne, że w praktyce wszystkie się pojawią, chociażby największe zastrzeżenie może budzić równoczesne finansowanie tego samego rodzaju wydatków zarówno z funduszu parabudżetowego, jak i z budżetu państwowego (lokalnego).

Spośród innych zagadnień łączących się z problematyką dominującego źródła finansowania opieki zdrowotnej w rozpatrywanym tu kierunku rozwoju systemu ekonomiczno—finansowego tej opieki zasługuje na szczególną uwagę problem sposobów ewentualnej repartycji funduszu, będącego dominującym źródłem finansowania opieki zdrowotnej. Problem ten nabierałby szczególnego znaczenia gdyby fundusz, o jakim tu mowa, był jedynym źródłem finansowania opieki zdrowotnej w skali kraju. Możliwymi sposobami repartycji takiego funduszu byłaby: dystrybucja terytorialna (a więc według jednostek terytorialnego podziału kraju), dystrybucja przedmiotowa (a więc według przedmiotowo wyodrębnionych dziedzin opieki zdrowtnej) oraz jakaś kombinacja obu tych sposobów czyli dystrybucja terytorialno—przedmiotowa.

Dystrybucja terytorialna mogłaby się odbywać przede wszystkim z wykorzystaniem takich kryteriów, jak liczba i struktura mieszkańców, wskaźniki zachorowalności, stan środowiska naturalnego itp. Ważne byłoby jednak nie tylko dobranie odpowiednich i możliwie stabilnych w dłuższym przedziale czasu kryteriów ale także i przyjęcie odpowiednich jednostek terytorialnego podziału kraju. W rozpatrywanym tu modelu opieki zdrowotnej takimi jednostkami musiałyby być województwa, gdyż tylko one mogłyby być w miarę równorzędnymi kontrahentami dla dużych i usamodzielnionych instytucji opieki zdrowotnej. Przemawia za tym również to, że trudno byłoby znaleźć takie kryteria dystrybucji funduszu pomiędzy poszczególne miasta i gminy aby dystrybucja ta nie była przypadkową (niebezpieczeństwo to grozi zresztą również przy dystrybucji odnoszącej się do województw w przypadku nadmiernego ich rozdrobnienia). Rozwiązanie to nie jest w każdym razie zgodne z występującymi tendencjami do rozwoju samorządności terytorialnej, łączącej się z podniesieniem znaczenia miast i gmin. Cetralne kierowanie usamodzielnionymi instytucjami opieki zdrowotnej stanowi wprawdzie o niewielkim znaczeniu władz terenowych w systemie kierowania opieką zdrowotną, ale nie byłoby właściwe całkowite wyłączenie tych władz z kierowania usamodzielnionymi instytucjami usługowymi, ponieważ osłabiałoby to znaczenie rozpatrywanego tu kierunku przemian systemu ekonomiczno—finansowego opieki zdrowotnej. Im trudniejsze okazywałoby się ustalenie obiektywnych kryteriów terytorialnej dystrybucji funduszu, tym większą rolę musiałby odgrywać uznaniowy jego podział.

Można, przynajmniej teoretycznie, założyć wyłącznie przedmiotową dystrybucję funduszu przeznaczonego na opiekę zdrowotną, a więc dystrybucję tego funduszu w skali ogólnokrajowej pomiędzy poszczególne przedmiotowo wyogrębnione dziedziny opieki zdrowotnej, takie jak podstawowa opieka zdrowotna, poszczególne rodzaje opieki specjalistycznej, działalność ściśle profilaktyczna i ściśle rehabilitacyjna, badania naukowe i kształcenie kadr medycznych itp.

Tego rodzaju podział odpowiadałby branżowej strukturze organizacyjnej układu kierującego opieką zdrowotną.

Wydaje się, że zastosowanie wyłącznie przedmiotowej dystrybucji funduszu przeznaczonego na opiekę zdrowotną nie byłoby do przyjęcia nawet w rozpatrywanym tu kierunku rozwoju systemu ekonomiczno—finansowego opieki zdrowotnej. Zachodziłaby raczej potrzeba zastosowania dystrybucji terytorialno—przedmiotowej. Zasady i kryteria tej dystrybucji przesądzałyby dopiero o zakresie rzeczywistego usamodzielnienia instytucji opieki zdrowotnej oraz stwarzałyby zasadniczą podstawę doboru odpowiednich metod finansowania instytucji opieki zdrowotnej.

(3) W rozpatrywanym tu kierunku rozwoju systemu ekonomiczno—finansowego opieki zdrowotnej za najwłaściwszą metodę finansowania dużych, usamodzielnionych instytucji opieki zdrowotnej należałoby uznać metodę finansowania przedmiotowego, uzależniającą zasilanie finansowe instytucji usługowych od liczby i struktury usług świadczonych przez te instytucje. Tym samym w miarę rozwoju działalności usługowej następowałoby autentyczne zwiększenie przychodów instytucji opieki zdrowotnej, co mogłoby skłaniać te instytucje do szybkiego wzrostu liczby świadczonych usług i tym samym do coraz to pełniejszego wykorzystania zdolności usługowych. Struktura asortymentowa prowadzonej działalności usługowej nie byłaby przy tym obojętna dla poszczególnych instytucji opieki zdrowotnej. Instytucje te, przy zastosowaniu tej metody finansowania, dążyłyby do wyboru najkorzystniejszej z punktu widzenia maksymlizacji przychodu struktury asortymentowej.

Zastosowanie jednak metody finansowania przedmiotowego instytucji opieki zdrowotnej przy równoczesnym założeniu jednego dominującego źródła finansowania tej opieki mogłoby się okazać trudne. Wymagałoby to bowiem nie tylko znalezienia odpowiednich mierników usług, wprowadzenia rachunków kosztów w poszczególnych instytucjach usługowych, lecz także rozwiązania niezwykle trudnego zagadnienia konstrukcji opłat za usługi opieki zdrowotnej, opartej na zasadzie ogólności, aby tym opłatą nadać charakter *quasi*—cenowy.

Rozwiązanie tego zagadnienia byłoby szczególnie utrudnione z tego powodu, że w warunkach istnienia zasadniczo jednego tylko funduszu środków przeznaczonych na opiekę zdrowotną, przy równocześnie występującym niedoborze zdolności usługowych instytucji opieki zdrowotnej oraz niczym nie ograniczonym zapotrzebowaniem na usługi opieki zdrowotnej, występowałaby silna presja do ustalania opłat zindiwidualizowanych, pozwalających na pokrycie rzeczywistych kosztów jednostkowych w poszczególnych instytucjach usługowych.

Ograniczoność środków jakie można by było przeznaczać na opiekę zdrowotną w danym czasie (z uwzględnieniem przyjętych zasad ich dystrybucji terytorialnej i przedmiotowej) powodowałoby konieczność — jak się wydaje — stosowania bezpośrednich instrumentów regulowania kosztów w poszczególnych instytucjach opieki zdrowotnej, co uniemożliwiłoby jednak stosowanie opłat o charakterze *quasi*—cenowym jako instrumentów pośredniego kierowania usamodzielnieniem instytucji opieki zdrowotnej. W tych warunkach — jeśli chciałoby się zachować względną przynajmniej samodzielność instytucji opieki zdrowotnej, przy równoczesnej centralnej regulacji ich działalności — jedyną możliwą metodą finansowania okazuje się jednak metoda finansowania podmiotowego w formie polegającej na ustalaniu *ex ante* globalnego budżetu każdej instytucji opieki zdrowotnej w drodze negocjacji pomiędzy kierownictwem instytucji opieki zdrowotnej oraz dysponentami funduszu przeznaczonego na opiekę zdrowotną. W konsekwencji przyjęcia takiego właśnie rozwiązania powstają jednak do rozstrzygnięcia co najmniej trzy problemy:

1) jak szczegółowe musiałyby być plany poszczególnych instytucji usługowych, aby mogły one stanowić podstawę negocjacji o dotację globalną (budżet globalny) oraz co, poza tymi planami, mogłoby ewentualnie stanowić taką podstawę?;

2) w oparciu o jakie kryteria i w jaki sposób poszczególne instytucje opieki zdrowotnej dokonywałyby wewnętrznej repartycji budżetu globalnego?;

3) jaka procedura znajdowałaby zastosowanie w sytuacjach, w których występowałoby przekroczenie budżetu globalnego albo zaniechanie (czy tylko zmniejszenie) działalności usługowej ze względu na groźbę takiego przekroczenia?

Znalezienie dla tych problemów rozwiązania, które pozwalałoby na zachowanie znacznego stopnia samodzielności instytucji opieki zdrowtnej i nie dopuszczenie do uznaniowości w kierowaniu tymi instytucjami, wydaje się bardzo trudne.

Centralne kierowanie usamodzielnionymi instytucjami opieki zdrowotnej byłoby łatwiejsze do zastosowania wówczas, gdyby tymi instytucjami były wyłącznie szpitale. Można by wtedy zastosować wobec tych instytucji jedną z rozpatrywanych przeze mnie szczegółowo w rozdziale II metod finansowania szpitali, w sposób który pozwalałby na zachowanie pewnej samodzielności. W przypadku jednak gdyby instytucjom opieki zdrowotnej nadawać duże rozmiary i rozszerzać zakres działalności, obejmującej — poza usługami szpitalnymi — także ambulatoryjną specjalistyczną opiekę zdrowotną i nawet ambulatoryjną podstawową opiekę zdrowotną, to nie wydaje się możliwe znalezienie takich metod finansowania tych instytucji, które w rozpatrywanym tu systemie kierowania opieką zdrowotną umożliwiałyby zarówno samodzielność instytucjom usługowym, jak i racjonalność prowadzonej przez nie działalności. Wydaje się, że odmiennych rozwiązań finanowych wymagałyby zwłaszcza instytucje ambulatoryjnej podstawowej opieki zdrowotnej, co zakładałoby jednak wyodrębnienie tych instytucji.

Znalezienie odpowiednich metod finansowania instytucji ambulatoryjnej opieki zdrowtnej jest zagadnieniem szczególnie trudnym do rozwiązania w warunkach rozpatrywanego tu modelu kierowania opieką zdrowotną. Możliwość samego wyodrębnienia takich instytucji w tym modelu kierowania opieką zdrowotną jest dosyć wątpliwa, a to z tego powodu, że warunkom centralnego kierowania najlepiej odpowiadałoby istnienie dużych, o zróżnicowanym przedmiocie działalności, instytucji usługowych, zajmujących się między innymi ambulatoryjną opieką zdrowotną. Finansowanie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej byłoby więc wewnętrznym problemem poszczególnych instytucji opieki zdrowotnej. Można byłoby co najwyżej w konstrukcji systemu ekonomiczno—finansowego tych instytucji założyć pewien zakres dekoncentracji tego systemu, pozwalający na częściowe wewnętrzne organizacyjno—finanowe wyodrębnienie zespołów świadczących usługi ambulatoryjne wraz ze stworzeniem odpowiedniego systemu rozliczeń wewnętrznych. Rozwiązanie tego rodzaju nie pozostawałoby jednak bez wpływu na stopień samodzielności instytucji usługowych.

Innym możliwym — przynajmniej teoretycznie — rozwiązaniem byłoby całkowite wyłączenie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej z mechanizmów centralnej regulacji, z oparciem systemu kierowania ambulatoryjną opieką zdrowotną o inne zasady. Gdyby była to wyłącznie podstawowa ambulatoryjna opieka zdrowotna, to mogłaby ona pozostać elementem gospodarki terenowej. Wydaje się to jednak mało prawdopodobne gdyż tendencja do nadawania w rozpatrywanym tu modelu szerokiego zakresu działalności usamodzielnionym instytucjom opieki zdrowotnej byłaby tak silna, że instytucje te uzyskiwałyby przypuszczalnie szeroki zakres działalności i odpowiednio duże rozmiary. W tych warunkach szczególne znaczenie uzyskiwałby model systemu ekonomiczno—finansowego usamodzielnionych instytucji usługowych wraz z wewnętrzną organizacją gospodarki finansowej tych instytucji.

1.3. Model ekonomiczno—finansowy usamodzielnionej instytucji opieki zdrowotnej

(1) Przyjęcie systemu centralnego kierowania usamodzielnionymi instytucjami opieki zdrowotnej jako właściwego kierunku przebudowy opieki zdrowotnej wymaga znalezienia takiego modelu ekonomiczno—finansowego dla usamodzielnionej instytucji opieki zdrowotnej, który mógłby się stać podstawą konstrukcji systemu ekonomiczno—finansowego tych instytucji. Model taki wymaga przyjęcia pewnych założeń wewnętrznych, wypływających zwłaszcza z rozstrzygnięć co do rozpatrywanego wyżej zakresu usamodzielnienia instytucji opieki zdrowotnej a także rozpatrywanego już wyżej zagadnienia doboru źródeł zasilania finansowego tych instytucji. Wydaje się, że model taki mógłby nawiązać do założeń, na jakich opierała się gospodarka instytucji użyteczności publicznej w okresie międzywojennym, oraz do założeń, na jakich opiera się gospodarka niezarobkowych instytucji publicznych (non profit organizations) we współczesnych państwach kapitalistycznych. W pewnym zakresie można byłoby tu wyko-

rzystać nawet — jak się wydaje — doświadczenia wypływające z dotychczasowego funkcjonowania przedsiębiorstw użyteczności publicznej w Polsce.

W ramach budowy modelu ekonomiczno—finansowego usamodzielnionych instytucji opieki zdrowotnej rozwiązania wymagają następujące zadania szczegółowe: 1) określenie pożądanej wielkości i pożądanego przedmiotowego zakresu działalności instytucji opieki zdrowotnej oraz systemu wewnętrznego w kierowania tych instytucjach, wraz z ich wewnętrzną strukturą organizacyjną; 2) ustalenie reguł zasilania finansowego tych instytucji, wraz z konstrukcją instrumentów regulujących dopływ środków finansowych do tych instytucji; 3) przyjęcie określonych zasad rozliczeń finansowych z dysponentem funduszu, będącego dominującym źródłem ich zasilania finansowego, oraz zasad rozliczeń finansowych między poszczególnymi instytucjami opieki zdrowotnej z tytułu świadczonych wzajemnie usług z innymi kontrahentami (ewentualnie pacjentami); 4) przyjęcie założeń dotyczących zasad gospodarki finansowej instytucji opieki zdrowotnej, w tym zwłaszcza wyposażenia usamodzielnionych instytucji opieki zdrowotnej w fundusze własne, zasad ewentualnego korzystania z funduszów obcych, zasad pokrywania kosztów działalności usługowej i remontowo—inwestycyjnej, zasad księgowości i rachunku kosztów itp.; 5) określenie zasad, na jakich ma się opierać system motywacyjny w usamodzielnionych instytucjach opieki zdrowotnej; 6) określenie roli instrumentów planistycznych w kierowaniu usamodzielnionymi instytucjami opieki zdrowotnej, w tym zwłaszcza instrumentów związanych z konstrukcją planu rzeczowo—finansowego tych instytucji; 7) określenie roli czynnika społecznego w kierowaniu usamodzielnionymi instytucjami opieki zdrowotnej jako przeciwwagi nieuniknionej w rozpatrywanym tu modelu opieki zdrowtnej biurokratyzacji systemu kierowania, a zwłaszcza określenie roli samorządu pracowniczego i samorządu profesjonalnego w kierowaniu usamodzielnionymi instytucjami opieki zdrowotnej oraz znaczenie ewentualnych przedstawicieli potencjalnych pacjentów i reprezentantów „właściciela" instytucji opieki zdrowotnej (w przypadku instytucji samorządu terytorialnego, organizacji społecznych itp.).

Próba rozwiązania wszystkich tych zagadnień wykraczałaby poza cel i potrzeby tej pracy, tym bardziej, że byłaby ona uzasadniona tylko wówczas, gdyby rozpatrywany tu model został uznany nie tylko za możliwy czy prawdopodobny, lecz za właściwy kierunek przebudowy opieki zdrowotnej. Niektóre z tych zagaddnień wymagają jednak nieco bliższego objaśnienia, nawet jeśli uznaje się centralne kierowanie usamodzielnionymi instytucjami opieki zdrowotnej tylko za jeden z możliwych alternatywnych kierunków rozwoju systemu ekonomiczno—finansowego opieki zdrowotnej.

(2) Zastosowanie w praktyce rozpatrywanego tutaj modelu ekonomiczno—finansowego instytucji opieki zdrowotnej byłoby łatwiejsze wówczas, gdyby — jak już o tym była mowa — instytucje te osiągały znaczne rozmiary i prowadziły stosunkowo szeroki zakres działalności usługowej, tj. świadczyły zarówno usługi szpitalne, ambulatoryjne, laboratoryjno—diagnostyczne, lecz także zajmowały się działalnością w zakresie profilaktyki i rehabilitacji medycznej. Wymagałoby to jednak zastosowania w tych instytucjach wewnętrznego systemu kierowania, z ewentualnym wykorzystaniem w tym systemie jako instrumentów kierowania także i instrumentów finansowych.

Wewnętrzna organizacja usamodzielnionych instytucji opieki zdrowotnej powinna przy tym przewidywać odpowiedni zakres wewnętrznego wyodrębnienia niektórych — zwłaszcza prowadzących bezpośrednio działalność usługową — działów (komórek) organizacyjnych, wchodzących w skład tych instytucji, takich zwłaszcza jak szpital (czy nawet poszczególne oddziały szpitalne), laboratoria diagnostyczne, przychodnie, poradnie, ośrodki oraz zespoły lekarskie i pielęgniarskie itp. Konstrukcja skutecznego systemu wewnętrznego kierowania usamodzielnioną instytucją opieki zdrowotnej uzyskuje w tym modelu opieki zdrowotnej pierwszorzędne znaczenie i staje się zarazem warunkiem umożliwiającym zastosowanie tego modelu w praktyce.

Przyjęcie określonego rodzaju reguł zasilania finansowego usamodzielnionych instytucji opieki zdrowotnej, wraz z konstrukcją instrumentów regulujących dopływ środków finan-

sowych do tych instytucji, musi być poprzedzone rozstrzygnięciem, czy instytucje te mają być zasilane niejako automatycznie w dostosowaniu do rozmiarów i struktury poszczególnego rodzaju rzeczywiście świadczonych usług czy też ich zasilanie ma mieć w całości lub przynajmniej w znacznej części charakter uznaniowy, uwzględniający zindiwidualizowane koszty działalności poszczególnych instytucji opieki zdrowotnej. W pierwszym przypadku zachodziłaby potrzeba konstrukcji ceny rozliczeniowej za usługi opieki zdrowotnej, wraz z równoczesnym przyjęciem bardziej lub mniej zagregowanego miernika usług za jednostkę usługi. Miernik ten byłby podstawą ustalania rozmiarów i struktury działalności usługowej, co musiałoby prowadzić do typizacji usług opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla konstrukcji skutecznego systemu automatycznego zasilania finansowego instytucji opieki zdrowotnej. W drugim przypadku zachodziłaby potrzeba typizacji samych instytucji opieki zdrowotnej, aby w jakimś przynajmniej stopniu zracjonalizować uznaniowe zasilanie finansowe poszczególnych instytucji opieki zdrowotnej. W jednym i drugim przypadku najtrudniejszym zagadnieniem jest włączenie do reguł zasilania finansowego zróżnicowanego standardu (jakości) usług świadczonych przez poszczególne instytucje usługowe. Znalezienie w pełni zadawalającego w tym zakresie rozwiązania nie wydaje się mi w rozpatrywanym tu modelu opieki zdrowotnej możliwe.

Wybór w ekonomiczno—finansowym modelu usamodzielnionej instytucji opieki zdrowotnej jednego z dwóch przytoczonych wyżej rozwiązań zasilania finansowego przesądzałby o tym, jakiego rodzaju instrumenty kierowania będą mogły znajdować zastosowanie w systemie centralnego kierowania usamodzielnionymi instytucjami opieki zdrowotnej. Zastosowanie automatycznego systemu zasilania finansowego instytucji usługowych umożliwiałoby wykorzystywanie go dla pośredniego kierowania, natomiast zastosowanie uznaniowego zasilania finansowego instytucji opieki zdrowotnej oznaczałoby wykorzystywanie go dla bezpośredniego kierowania. Trzeba zdawać sobie sprawę z tego, że z jednej strony występują współcześnie tendencje do zastępowania instrumentów bezpośredniego kierowania instrumentami pośredniego kierowania, traktowane jako konieczny warunek racjonalizacji systemu centralnego kierowania, a z drugiej jednak strony trudności skonstruowania modelu ekonomiczno—finansowego usamodzielnionej instytucji opieki zdrowotnej, opartego o reguły automatycznego zasilania finansowego tych instytucji, są tak znaczne, że zniechęcają do wiązania większych nadziei z możliwością praktycznego zastosowania systemu automatycznego zasilania finansowego. Tym samym system centralnego kierowania usamodzielnionymi instytucjami opieki zdrowotnej nie jest, przynajmniej z tego punktu widzenia, pociągający, co wcale nie musi oznaczać, że nie jest możliwe skonstruowanie takiego systemu jako systemu w określonych warunkach dosyć nawet skutecznego. Gdyby przywiązywać do tego większe znaczenie, należałoby poszukiwać rozwiązań umożliwiających wprowadzenie przynajmniej pewnych elementów automatyzmu w zasilaniu finansowym instytucji usługowych.

Konstrukcja instrumentów finansowych, regulująca dopływ środków finansowych do instytucji opieki zdrowotnej, musiałaby być uzależniona od tego, czy organy układu kierującego, posługujące się instrumentami zasilania finansowego, dążą do oddziaływania za pomocą tych instrumentów na usamodzielnione instytucje usługowe lub na wchodzące w skład tych instytucji działy (komórki organizacyjne) prowadzące zróżnicowaną przedmiotowo działalność usługową. Najważniejsze wydaje się oddziaływanie przy pomocy instrumentów zasilania finansowego na poszczególne przedmiotowo wyodrębnione działy działalności usługowej instytucji opieki zdrowotnej.

Wydaje się, że stosunkowo najłatwiejsze byłoby skonstruowanie instrumentów regulujących dopływ środków finansowych do szpitali wchodzących w skład rozpatrywanych tu usamodzielnionych instytucji opieki zdrowotnej. Instrumentem pośredniego kierowania mogłaby być tu cena rozliczeniowa za usługi szpitalne. Najprostszym rozwiązaniem byłoby przy tym przyjęcie kosztownej ceny rozliczeniowej, ustalanej bądź na podstawie rzeczywistych kosztów usług szpitalnych świadczonych w poszczególnych szpitalach w okresie poprzednim, bądź na podstawie przeciętnych rzeczywistych kosztów danego rodzaju usług szpitalnych w różnych szpitalach, bądź też na podstawie znormalizowanego kosztu bieżącego poszczególnego rodzaju usług szpitalnych.

Wielokrotnie w tej pracy podnoszony problem konstrukcji ceny rozliczeniowej za usługi szpitalne wymagałby w każdym razie rozwiązania, inaczej rozpatrywany tu model systemu ekonomiczno—finansowego opieki zdrowotnej nie mógłby być brany pod uwagę jako poważna alternatywa systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Ogólnie można stwierdzić, że stosunkowo łatwiejsze byłoby znalezienie rozwiązania problemu reguł zasilania usamodzielnionych instytucji opieki zdrowotnej w przypadku gdyby tymi instytucjami były wyłącznie szpitale, aniżeli w przypadku gdyby te instytucje miały szerszy profil działalności.

W rozpatrywanym tu, jako możliwym do zastosowania, systemie centralnego kierowania usamodzielnionymi instytucjami opieki zdrowotnej wymaga z góry rozstrzygnięcia: jak będą przebiegały rozliczenia finansowe za świadczone usługi wewnątrz poszczególnych instytucji (czy w ogóle będą one miały miejsce?) oraz jak będą przebiegały rozliczenia finansowe za usługi z innymi instytucjami opieki zdrowotnej, a także w jakim trybie dokonywać się będzie rozliczeń z dysponentem funduszu będącego dominującym źródłem zasilania finansowego instytucji opieki zdrowotnej.

Zasady i organizacja rozliczeń wewnątrz instytucji opieki zdrowotnej przesądzi o stopniu wyodrębnienia poszczególnych działów (komórek organizacyjnych) wchodzących w skład usamodzielnionych instytucji. Gdyby, skrajnie rzecz ujmując, zaniechano w ogóle rozliczeń wewnętrznych, to oznaczałoby to, iż usamodzielnienie opieki zdrowotnej nie zostało doprowadzone do zespołów prowadzących działalność usługową. Rozstrzygnięcia wymaga ponadto, czy zasady i organizacja rozliczeń wewnętrznych mają mieć zunifikowany charakter wobec wszystkich instytucji, czy też dopuści się tu możliwość swobodnego kształtowania tych zasad przez same instytucje a także czy opłaty wewnętrzne będą miały charakter kosztowy (ograniczony do rzeczywiście poniesionych kosztów bezpośrednich itp.).

Problem łączący się z rozpatrywaną wyżej problematyką jest zagadnieniem tzw. rynku wewnętrznego w opiece zdrowotnej, które wypłynęło w ostatnich latach zwłaszcza w Wielkiej Brytanii w związku z podejmowanymi w tym kraju próbami reform systemu Narodowej Służby Zdrowia. Chodzi tu o to, mówiąc z pewnym uproszczeniem, że instytucje opieki zdrowotnej wchodzą wzajemnie w rozmaite stosunki gospodarcze i rozstrzygnięcia wymaga to, czy stosunki te mogą mieć charakter „rynku wewnętrznego opieki zdrowotnej", czy też wzajemne stosunki gospodarcze pomiędzy instytucjami opieki zdrowotnej mają się opierać o inne niż rynkowe reguły. Problem ten wystąpi i w Polsce gdy rozwój systemu opieki zdrowotnej doprowadzi do znacznego usamodzielnienia instytucji opieki zdrowotej. W istniejącym obecnie w Polsce systemie kierowania opieką zdrowotną instytucje opieki zdrowotnej przesyłają sobie pacjentów (na konsultacje, dodatkowe zabiegi i badania) bez żadnych konsekwencji ekonomicznych.

Należałoby raczej przyjąć, że usamodzielnienie ekonomiczne instytucji opieki zdrowotnej wymaga przyjęcia przez określoną instytucję opieki zdrowotnej odpowiedzialności za leczenie pacjentów (wraz z gwarancją pokrycia na określonych zasadach i w określonej formie kosztów tego leczenia), natomiast sam proces leczenia może być prowadzony w wykorzystaniem także usług świadczonych przez inne instytucje opieki zdrowotnej, co z kolei wymaga określenia, na jakich zasadach kształtowane mają być opłaty za te usługi. Możliwe jest zarówno centralne regulowanie tych opłat, jak i dopuszczenie do ich kształtowania się na zasadach rynkowych, tzw. rynku wewnętrznego w opiece zdrowotnej, co jest właśnie jednym z głównych, nie spełnionych dotychczas, postulatów zwolenników reformy ekonomicznej w służbie zdrowia w Wielkiej Brytanii. Wydaje się, że skutecznym warunkiem powodzenia tzw. ekonomizacji opieki zdrowotnej w Polsce jest docenienie znaczenia tego problemu i doprowadzenie do sytuacji, w której instytucje opieki zdrowotnej ponosiłyby ekonomiczne konsekwencje wzajemnych kontaktów (a zwłaszcza przesyłanie sobie pacjentów).

Elementem modelu ekonomiczno—finansowego usamodzielnionej instytucji opieki zdrowotnej jest także tryb stawiania do dyspozycji tej instytucji środków finansowych na prowadzoną przez nią działalność. W dotychczasowym systemie odbywa się to na zasadzie właściwej finansowaniu budżetowemu, tj. otwierania kredytów budżetowych wraz ze specyfikacją tych kredytów odpowiednio do podziałek przyjętych w klasyfikacji budżetowej. Usamodzielnienie instytucji opieki zdrowotnej wymaga stworzenia innego w tym zakresie mechanizmu, do-

stosowanego do przyjętych reguł zasilania finansowego, zakładających — jak należy przypuszczać — jakiś przynajmniej zakres automatycznego uzależnienia tego zasilania od rozmiarów i struktury działalności usługowej. Wymaga to stworzenia odpowiedniego trybu rozliczeń między instytucjami usługowymi a dysponentem funduszu będącego dominującym źródłem zasilania finansowego tych instytucji, aby zapewniony był nie zakłócony przebieg ich finansowania. Poruszone tu zagadnienie ma charakter techniczny ale jest ważne nie tylko zresztą w rozpatrywanym tu modelu opieki zdrowotnej.

Rozstrzygnięcia w tych wszystkich szczegółowych sprawach zależeć będą przede wszystkim od tego czy mechanizm i instrumenty centralnej regulacji odnosić się będą do usamodzielnionych instytucji usługowych jako całości, czy też wnikać będą w poszczególne segmenty działalności tych instytucji. Można nawet zaryzykować tu twierdzenie, że jest to ważniejsze od tego, czy będą to instrumenty bezpośredniego czy pośredniego kierowania, gdy zarówno jedne jak i drugie mogą odnosić się bądź to do usamodzielnionych instytucji usługowych jako całości, bądź to do poszczególnych segmentów działalności tych instytucji.

(3) Usamodzielnienie instytucji opieki zdrowotnej wymagać będzie przyjęcia określonego rodzaju rozwiązań w zakresie gospodarki finansowej, prowadzenia rachunku kosztów (zwłaszcza kosztów jednostkowych) oraz jasnego określenia reguł finansowego pokrywania kosztów działalności usługowej i kosztów działalności inwestycyjno—remontowej.

Nieodzownym warunkiem usamodzielnienia instytucji opieki zdrowotnej będzie zwłaszcza rozstrzygnięcie, jakiego rodzaju fundusze mają istnieć w instytucjach opieki zdrowotnej oraz na jakich zasadach fundusze te mają być tworzone i wykorzystywane. Jednym z tych funduszów byłby niewątpliwie fundusz własny ale jego nazwa a nawet to, czy w usamodzielnionych instytucjach opieki zdrowotnej miałby istnieć jeden tylko fundusz własny, czy też większa ich liczba, zależy od struktury własnościowej i formy organizacyjnej tych instytucji.

W rozpatrywanym tu modelu opieki zdrowotnej usamodzielnione instytucje opieki zdrowotnej pozostaną państwowymi, dlatego też — w nawiązaniu do rozwiązań przyjmowanych dla przedsiębiorstw państwowych — w instytucjach opieki zdrowotnej mógłby istnieć fundusz założycielski (reprezentujący interes skarbu państwa jako właściciela) oraz fundusz własny instytucji. Istnienie ewentualnie jeszcze innych funduszów własnych wynikałoby z przyjmowanych szczegółowych rozstrzygnięć co do mechanizmów i instrumentów kierowania samodzielnymi instytucjami opieki zdrowotnej oraz mechanizmów i instrumentów wewnętrznego kierowania poszczególnymi ich działami (komórkami organizacyjnymi). Wydaje się, że — poza funduszami tworzonymi obligatoryjnie we wszystkich podmiotach gospodarki państwowej (np. socjalnym i mieszkaniowym) — mogłyby tu wchodzić w grę zwłaszcza następujące fundusze: fundusz inwestycyjny i fundusz rezerwowy. Istnienie funduszu inwestycyjnego byłoby uzasadnione gdyby przyjąć za właściwe, że usamodzielniane instytucje opieki zdrowotnej mają w jakimś liczącym się zakresie prowadzić działalność inwestycyjną jako własną działalność gospodarczą. Natomiast istnienie funduszu rezerwowego byłoby uzasadnione wówczas, gdyby instytucje usługowe, zgodnie z przyjętymi regułami ich zasilania finansowego, były realnie zagrożone możliwością wystąpienia deficytów w finansowaniu bieżącej działalności usługowej. Można by również rozważać celowość istnienia innych funduszów w instytucjach opieki zdrowotnej, takich jak fundusz na cele profilaktyki, fundusz na cele badawcze itp., ale mnożenie funduszów własnych mogłoby być uzasadnione tylko w niektórych systemach centralnego kierowania instytucjami opieki zdrowotnej (mnożenie tych funduszów może służyć bądź rozszerzeniu bądź ograniczeniu swobody działania poszczególnych instytucji).

Odrębnym zagadnieniem gospodarki finansowej instytucji opieki zdrowotnej są możliwości korzystania przez te instytucje z funduszów i zasobów obcych. Nieodpłatne korzystanie z darów czy ofiar nie rodzi większych problemów finansowych. Poważniejszym zagadnieniem jest wykorzystywanie kredytu bankowego dla potrzeb finansowania działalności bieżącej i działalności inwestycyjnej. Usamodzielniona instytucja opieki zdrowotnej nie powinna być — jak się wydaje — pozbawiona możliwości korzystania z kredytu bankowego. Cena kredytu zwiększa jednak koszty działalności i tym samym nie jest obojętna dla organów kierujących

instytucjami opieki zdrowotnej. Dochodzi do tego problem spłaty zaciągniętego kredytu a więc wystarczalności funduszów, jakie mogą poszczególne instytucje w tym celu wykorzystywać. Ponadto — co jest nawet ważniejsze — możliwość korzystania z kredytu bankowego nie pozostaje bez wpływu na skuteczność innych instrumentów finansowych stosowanych wobec instytucji opieki zdrowotnej. Zbyt łatwe uzyskiwanie kredytu może obniżać znaczenie innych instrumentów. Wykorzystywanie kredytu bankowego przez te instytucje musi być więc odpowiednio uwzględnione w modelu ekonomiczno—finansowym instytucji opieki zdrowotnej.

Konstruując model ekonomiczno—finansowy usamodzielnionej instytucji opieki zdrowotnej nie można pominąć rozstrzygnięć co do ukształtowania systemu motywacyjnego, w tym szczególnie odpowiedniego ze względu na określenia zasad wynagradzania za pracę. Rozwiązania wymaga przede wszystkim to na ile instytucje opieki zdrowotnej mają samodzielnie określać wynagrodzenie za pracę, a na ile wynagrodzenia mają być określane czy też regulowane zewnętrznie.

Można ogólnie powiedzieć, że im bardziej zasilenie finansowe instytucji opieki zdrowotnej uzależnione jest od rozmiarów i struktury prowadzonej działalności usługowej, tym ważniejsze staje się usamodzielnienie tych instytucji w zakresie płac i nadanie płacom motywacyjnego charakteru. Wydaje się jednak, że nie uniknie się zewnętrznego regulowania wynagrodzeń za pracę w państwowych instytucjach opieki zdrowotnej nawet wówczas, gdy instytucje te będą zasilane automatycznie w zależności od rozmiarów i struktury działalności usługowej, przy zastosowaniu ceny rozliczeniowej. Dyskusyjnym zagadnieniem jest zwłaszcza to, czy przedmiotem regulacyjnego oddziaływania mają być płace indywidualne czy ogólne rozmiary środków stawianych do dyspozycji poszczególnym instytucjom na wynagrodzenia za pracę. Niemniej ważne jest znalezienie odpowiednich mechanizmów i instrumentów regulowania płac i środków na wynagrodzenia wewnątrz usamodzielnionej instytucji opieki zdrowotnej przez kierownictwo tej instytucji. Znalezienie zadowalających, z punktu widzenia wymagań systemu motywacyjnego rozwiązań w rozpatrywanym tu modelu opieki zdrowotnej wydaje się niezwykle trudne, podobnie do stopnia trudności, na jakie napotyka uwzględnienie w znajdujących zastosowanie w tym modelu regułach zasilania finansowego zróżnicowanego standardu (jakości) usług świadczonych przez poszczególne instytucje usługowe.

Innym zagadnieniem, wymagającym rozstrzygnięcia w ramach opracowywania modelu ekonomiczno—finansowego usamodzielnionych instytucji opieki zdrowotnej, jest rola i konstrukcja planu rzeczowo—finansowego działalności usługowej tych instytucji. Rola planu rzeczowo—finansowego instytucji opieki zdrowotnej byłaby tym większa, im w większym stopniu zasilanie finansowe tych instytucji byłoby uzależnione od rozstrzygnięć tego planu. Plan rzeczowo—finansowy instytucji opieki zdrowotnej podlegałby w jakimś zakresie z jednej strony zewnętrznemu uregulowaniu, a z drugiej strony sam byłby regulatorem działalności usługowej wewnątrz instytucji, w której byłby sporządzany (problematyka planowania wewnętrznego wraz z zagadnieniem niezbędnej dezagregacji planu ma w warunkach centralnego kierowania usamodzielnionymi instytucjami opieki zdrowotnej szczególne znaczenie). Rozstrzygnięcia wymaga w szczególności, co miałoby być przedmiotem takiego planu, czy plan taki powinien podlegać w jakiejś formie zewnętrznemu zatwierdzaniu, a także to, jakie ewentualnie zewnętrzne instrumenty planistyczne miałyby znajdować zastosowanie w jego opracowaniu.

(4) Rozpatrywany tu model opieki zdrowotnej może się okazać szczególnie podatny na wyjątkowo nawet daleko idącą biurokratyzację systemu kierowania instytucjami opieki zdrowotnej, dlatego też aby tej biurokratyzacji w sytemie kierowania przeciwdziałać, należałoby w modelu ekonomiczno—finansowym usamodzielnionej instytucji opieki zdrowotnej przewidzieć znaczącą rolę dla czynnika społecznego (w postaci społecznej rady nadzorczej, samorządu pracowniczego lub samorządu fachowego). Wydaje się jednak, że bez względu nawet na skład i ustytuowanie możliwych tu do zastosowania rad społecznych, ich rzeczywista rola w kierowaniu usamodzielnionymi instytucjami w rozpatrywanym tu modelu opieki zdrowotnej nie będzie mogła być znacząca.

2. Ekonomiczno—finansowy mechanizm kierowania instytucjami opieki zdrowotnej w modelu ubezpieczeniowym

2.1. Ubezpieczenie chorobowe i źródła jego finansowania

(1) Negatywna ocena funkcjonowania dotychczasowego systemu kierowania instytucjami opieki zdrowotnej a zwłaszcza nieskuteczność tego systemu skłoniły do wysuwania propozycji radykalnego zastąpienia tego systemu innym. Wśród tych radykalnych propozycji szczególnie rozpowszechniona jest koncepcja oparcia funkcjonowania opieki zdrowotnej o zasady ubezpieczeniowe i przywrócenie istniejącej w Polsce do 1950 r. instytucji ubezpieczenia chorobowego, nazywanej w ostatnich dyskusjach ubezpieczeniami zdrowotnymi, jako wyodrębnionego działu ubezpieczenia społecznego.

Zwolennicy modelu ubezpieczeniowego opieki zdrowotnej zwracają głównie uwagę na jedną tylko cechę metody ubezpieczeniowej, tj. na potrzebę istnienia wyodrębnionego funduszu ubezpieczeniowego. Wśród argumentów wysuwanych za przywróceniem opieki zdrowotnej organizowanej na zasadach ubezpieczeniowych przeważają w związku z tym takie same argumenty, jakie były wysuwane w przeszłości przez zwolenników funduszowego finansowania opieki zdrowotnej, a można je — z pewnym uproszczeniem — sprowadzić do tzw. gwarancji środków. Miałoby się to wyrażać w zagwarantowaniu finansowania opieki zdrowotnej na poziomie niezależnym od sytuacji finansowej państwa, a to dzięki temu, że dochody funduszu ubezpieczeń zdrowotnych pochodziłyby z odpowiednio skalkulowanych składek ubezpieczeniowych, a nie wykorzystana część funduszu przechodziłaby z roku na rok.

Innego rodzaju argumenty, również stosunkowo często spotykane wśród zwolenników modelu ubezpieczeniowego, to chęć nawiązania do tradycji okresu międzywojennego i pierwszych lat okresu powojennego oraz chęć nawiązania do rozwiązań istniejących w niektórych innych państwach współczesnych. Nie rozpatrując w tym miejscu słuszności argumentów mających przemawiać za opieraniem opieki zdrowotnej o zasady ubezpieczeniowe, pragnę w dalszym ciągu zająć się odrębnością instytucji ubezpieczenia chorobowego (zdrowotnego), a to ze względu na wysokie prawdopodobieństwo podjęcia w Polsce prób realizacji tego modelu ubezpieczeniowego oraz ze względu na stosunkowo szeroko rozpowszechniające się przeświadczenie o słuszności tego kierunku rozwoju systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

(2) Odrębność instytucji ubezpieczenia chorobowego przejawia się — modelowo rzecz ujmując — w powiązaniu uprawnienia do świadczeń na wypadek choroby (w tym także uprawnień do usług opieki zdrowotnej) z opłaceniem składek ubezpieczeniowych, co ogranicza zasięg uprawnionych do świadczeń do osób, które, lub za które opłacono składkę ubezpieczeniową. Ciężar tych składek jest łagodzony ze względu na upowszechnienie ubezpieczenia chorobowego wskutek jego przymusowego dla osób zatrudnionych charakteru. Świadczenia ubezpieczenia chorobowego, w tym także świadczenia w naturze w postaci usług opieki zdrowoynej, mają rozszczeniowy i zarazem gwarantowany ustawowo charakter, co stwarza konieczność znalezienia odpowiednich metod i instrumentów regulacji opieki zdrowotnej w modelu ubezpieczeniowym.

Zastosowanie modelu ubezpieczeniowego opieki zdrowotnej może bowiem spowodować zwiększenie roli mechanizmów rynkowych (czy *quasi*—rynkowych) w tej opiece, ale nie może spowodować wyeliminowania reglamentacji jako metody podziału usług opieki zdrowotnej. Wynika to z tego zwłaszcza względu, że głównym współcześnie problemem opieki zdrowotnej jest nie tyle jej dostępność (a więc to, czy wszelkie świadczenia w postaci usług opieki zdrowotnej przysługują ubezpieczonemu i czy istnieje realna możliwość wykorzystania tych świadczeń przez ubezpieczonych), co standard tej opieki (a więc jakość przysługującego ubezpieczonemu świadczenia w postaci usług opieki zdrowotnej).

Upowszechnienie ubezpieczenia chorobowego — ze względu na powszechność zatrudnienia i przymusowy charakter tego ubezpieczenia wobec zatrudnionych, a także konieczność regla-

mentacji usług opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia chorobowego — ze względu na konieczność zapewnienia powszechnej dostępności i odpowiedniego standardu usług opieki zdrowotnej, powoduje upodobnienie się opieki zdrowotnej organizowanej na zasadach ubezpieczeniowych do opieki zdrowotnej prowadzonej w charakterze działalności usługowej państwa. Wiąże się z tym zanikanie odrębności instytucji ubezpieczenia chorobowego (przynajmniej w odniesieniu do świadczenia usług opieki zdrowotnej).

Instytucje te, nazywane dawniej w Polsce „kasami chorych", mogą mieć charakter terenowy w tym znaczeniu, że mogą mieć bądź terytorialnie określony zasięg działania, bądź zasięg branżowy lub zawodowy (w tym znaczeniu, że zasięgiem swego działania mogą się odnosić do pracowników określonych grup zawodowych — górników, rolników, marynarzy itp.), bądź nawet zasięg jedynie zakładowy (w tym znaczeniu, że mogą odnosić się do osób zatrudnionych w określonym zakładzie pracy).

W każdym jednak przypadku instytucje ubezpieczeniowe powinny cechować się (przynajmniej w swych założeniach) autonomią finansową. Z bezwzględną autonomią finansową mielibyśmy jednak do czynienia wyłącznie wówczas, gdyby przychody pochodzące ze składek ubezpieczenia chorobowego w pełni pokrywały wydatki przeznaczone na pokrycie kosztów opieki zdrowotnej i niezbędne koszty administracyjne. Jedynie w tych warunkach zasada wzajemności składki i świadczenia ubezpieczeniowego znajdowałaby właściwe zastosowanie. Nie jest to jednak założenie realistyczne, a zwłaszcza wydaje się mało realistyczne obecnie w Polsce, gdyż musiałoby oznaczać bądź drastyczne obniżenie jakości usług opieki zdrowotnej świadczonych w ramach ubezpieczenia chorobowego, bądź też musiałoby oznaczać ustalanie składek ubezpieczeniowych na drastycznie wysokim poziomie. Zachodziłaby więc potrzeba zewnętrznej ingerencji w gospodarkę finansową instytucji ubezpieczeniowych i to w dwojaki sposób, tj. regulowania poziomu i ewentualnie kryteriów różnicowania składek ubezpieczenia chorobowego oraz ewentualnego pokrywania powstających deficytów instytucji ubezpieczenia chorobowego z budżetu państwowego, budżetów lokalnych czy też ewentualnie innych jeszcze źródeł.

W dalszym ciągu pracy powrócę do metod i instrumentów zewnętrznej ingerencji w gospodarkę finansową instytucji ubezpieczenia chorobowego, ograniczając się w tym miejscu do dosyć oczywistego stwierdzenia, że bez względu na to, jakie metody i jakie instrumenty znajdą zastosowanie, zawsze będą one oznaczać ograniczenie autonomii finansowej instytucji ubezpieczeniowej i tym samym zanikanie odrębności instytucji ubezpieczenia chorobowego w porównaniu z instytucjami finansowymi państwa.

(3) Zagadnienie autonomii finansowej instytucji ubezpieczenia chorobowego łączy się ściśle z samorządnością tych instytucji, a samorządność instytucji ubezpieczenia chorobowego jest czynnikiem mającym stanowić o przewadze opieki zdrowotnej organizowanej na zasadach ubezpieczeniowych nad opieką zdrowotną traktowaną jako dziedzina działalności usługowej państwa. Aby samorządność w działalności instytucji ubezpieczenia chorobowego mogła odgrywać właściwą rolę, instytucje te muszą mieć niewielkie rozmiary i zdecydowanie zdecentralizowany charakter.

W instytucjach ubezpieczenia chorobowego mogą występować organy samorządowe dwojakiego rodzaju, tj. rady czy komitety administracyjne, zajmujące się bieżącym zarządzaniem instytucją ubezpieczenie chorobowego oraz ciała nadzorujące o szerszej reprezentacji, występujące w charakterze swego rodzaju czynnika społecznego, mającego zwłaszcza za zadanie kontrolę kosztów opieki zdrowotnej i standardu działalności usługowej w sferze opieki zdrowotnej. Rola samorządu ubezpieczeniowego jest współcześnie malejąca ze względu przede wszystkim na znaczną centralizację samych instytucji ubezpieczenia chorobowego oraz na dosyć znaczne rozmiary tych instytucji. Ponadto, ze względu na to, że instytucję te nie są samowystarczalne finansowo ale dotowane z funduszów publicznych, władze państwowe ograniczają rolę samorządów w instytucjach ubezpieczeniowych. W większości państw, w których opiekia zdrowotna organizowana jest obecnie na zasadach ubezpieczeniowych, samorząd ubezpieczeniowy utracił swoje pierwotne znaczenie a organy samorządowe z zarzą-

dzających przekształciły się w organy konsultacyjne. W tym miejscu warto wspomnieć, że w Polsce w 1930 roku zawieszona została działalność organów samorządu „kas chorych" i w miejsce tych organów mianowano komisaryczne zarządy. Sytuacja taka utrzymała się do wybuchu wojny.

Dokonując obecnie w Polsce prób odrodzenia instytucji ubezpieczenia chorobowego trzeba zdawać sobie sprawę, że zanikła już właściwie odrębność ubezpieczenia chorobowego a rola władz państwowych w ubezpieczeniach jest tak znacząca, że można mówić o swego rodzaju upaństwowieniu ubezpieczenia chorobowego (nawet w krajach o szczególnych tradycjach ubezpieczeniowych). Nie można w związku z tym przeceniać znaczenia ewentualnego oparcia opieki zdrowotnej o zasady ubezpieczeniowe. Większość problemów, z jakimi boryka się system opieki zdrowotnej pozostanie w dalszym ciągu do rozwiązania a nadzieje, że problemy te rozwiążą się automatycznie z chwilą zastosowania w organizacji opieki zdrowotnej modelu ubezpieczeniowego, są złudne. Pojawią się przy tym nowe wymagające rozwiązania problemy, z których najważniejszy to problem kalkulacji składki ubezpieczenia chorobowego oraz ewentualnej potrzeby i ewentualnych możliwości różnicowania tej składki.

(4) Oparcie organizacji opieki zdrowotnej na zasadach ubezpieczeniowych wymaga dokonania zasadniczych przemian w źródłach finansowania opieki zdrowotnej.

Nie powinna zasadniczo budzić wątpliwości — jak już o tym była mowa — wielkość źródeł finansowania opieki zdrowotnej w przyszłym zreformowanym systemie tej opieki. Przyjęcie modelu ubezpieczeniowego oznacza wyłącznie dominację funduszów ubezpieczeniowych wśród wielu wykorzystywanych równocześnie źródeł finansowania tej opieki. Rozstrzygnięcia wymaga i jest dyskusyjna inna kwestia, a mianowicie czy należałoby dopuścić istnienie wielu zdecentralizowanych funduszów ubezpieczenia chorobowego czy też założyć istnienie jednego a więc scentralizowanego funduszu ubezpieczeń zdrowotnych.

W ostatnich dyskusjach przewagę zdobyło to drugie rozwiązanie, co nie wydaje się ani uzasadnione, ani też pożądane. Gdyby bowiem przyjąć, że opieka zdrowotna miałaby być finansowana z jednego tylko funduszu ubezpieczeniowego o charakterze centralnym, to można mieć wątpliwości czy w istocie ujawniłyby się w tych warunkach cechy finansowania ubezpieczeniowego. Mielibyśmy raczej do czynienia z zastąpieniem finansowania budżetowego opieki zdrowotnej finansowaniem parabudżetowym tej opieki ze wszystkimi tego konsekwencjami. Jedynym argumentem przemawiającym za takim rozwiązaniem mogłaby być chęć uniezależnienia finansowania opieki zdrowotnej od bieżącej sytuacji finansowej państwa znajdującej wyraz w chronicznie występującym deficycie budżetowym.

Nadzieje na uniezależnienie finansowania opieki zdrowotnej od sytuacji finansowej państwa w rezultacie zastąpienia budżetowego finansowania opieki zdrowotnej jej finansowaniem ze scentralizowanego funduszu ubezpieczeniowego są jednak złudne. Nie wydaje się bowiem możliwe oparcie gromadzenia takiego funduszu wyłącznie na składkach ubezpieczeniowych a i sama kalkulacja składek ubezpieczeniowych nie może nie uwzględniać zdolności finansowej do poniesienia jej ciężaru ze strony gospodarstw domowych i ze strony pracodawców (zakładów pracy). Samo dążenie do znalezienia niezależnych źródeł finansowania opieki zdrowotnej jest zrozumiałe, jednakże można mieć wątpliwości czy przyjęcie jednego scentralizowanego funduszu ubezpieczeń zdrowotnych jako dominującego źródła finansowania opieki zdrowotnej oznaczać będzie zwiększenie poziomu finansowania opieki zdrowotnej. Nie to jest jednak nawet najważniejsze. Istotniejsze wydaje się to, że przyjęcie rozwiązania zgodnie z którym dominującym źródłem finansowania opieki zdrowotnej będzie scentralizowany fundusz ubezpieczeń zdrowotnych, utrwaliłoby dotychczasowy system scentralizowanego, gałęziowego kierowania opieką zdrowotną, z dominującą rolą Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej jako organu kierującego tą opieką. Słabe strony takiego systemu zostały poddane analizie w poprzednim rozdziale pracy.

Słabe strony scentralizowanego systemu kierowania opieką zdrowotną nie znikną z chwilą zastąpienia finansowania budżetowego finansowaniem ubezpieczeniowym a niektóre z tych słabych stron ulegną nawet utrwaleniu, a to ze względu na wzmocnienie roli czynnika profe-

sjonalnego i czynnika biurokratycznego, tak charakterystyczne dla finansowania parabudżetowego. Przeciwdziałać temu mógłby jedynie silny społeczny samorząd ubezpieczeniowy, którego istnienie jednak przy założeniu występowania jednego scentralizowanego funduszu ubezpieczeniowego nie wydaje się prawdopodobne.

Gdyby przyjąć za właściwy i pożądany taki kierunek reformowania systemu opieki zdrowotnej, który miałby docelowo doprowadzić do ubezpieczeniowego modelu opieki zdrowotnej, to należałoby przyjąć możliwość występowania wielu zdecentralizowanych funduszów ubezpieczenia chorobowego oraz wielu instytucji ubezpieczeniowych (kas chorych) gospodarujących tymi funduszami. Zarówno te fundusze, jak i poszczególne instytucje, mogłyby mieć terenowy czy regionalny zasięg działania lub zapewniać ochronę ubezpieczeniową w ramach ubezpieczenia chorobowego określonym grupom ludności. Oznaczałoby to z kolei istnienie wielu zróżnicowanych warunków ochrony ubezpieczeniowej.

Mogłoby to z czasem doprowadzić do istnienia swoistego rynku ubezpieczeniowego. Byłby to raczej *quasi*–rynek w tym znaczeniu, że nie wydaje się prawdopodobne aby zdecentralizowane fundusze ubezpieczenia chorobowego mogły istnieć bez uzupełniającego zewnętrznego finansowego wspomagania tych funduszów, czy to z budżetu państwowego, czy to, nawet częściej, z budżetów lokalnych, czy też z innych jeszcze źródeł. Racjonalizacja procesu gromadzenia i rozdziału tych funduszów opierałaby się nie tyle o mechanizm rynkowy ile o czynnik profesjonalno–biurokratyczny, a w pewnym stopniu także o społeczny samorząd ubezpieczeniowy, który powinien się przyczynić do ograniczenia niekorzystnego wpływu nadmiernej biurokratyzacji w gospodarowaniu tymi funduszami.

Samorząd ubezpieczeniowy mógłby uzyskać większe znaczenie tylko w zdecentralizowanych instytucjach ubezpieczenia chorobowego, przy możliwie daleko idącym ograniczeniu zewnętrznego zasilania funduszów poszczególnych instytucji, co oznaczałoby jakościową zmianę systemu kierowania opieką zdrowotną. Opowiadam się więc za wielością zdecentralizowanych funduszów ubezpieczenia chorobowego jeśli by ubezpieczeniowy model opieki zdrowotnej przyjęty w Polsce został jako docelowy. Wydaje się, że miałoby to także i tę zaletę, że umożliwiałoby oddzielenie finansowania procesów nabywania usług opieki zdrowotnej od finansowania procesów świadczenia usług opieki zdrowotnej, przyczyniając się tym samym do znacznego usamodzielnienia instytucji opieki zdrowotnej. Wymagałoby to jednak stosownych zmian w metodach finansowania instytucji opieki zdrowotnej.

2.2. Kalkulacja składki ubezpieczenia chorobowego

(1) Odmienność opieki zdrowotnej organizowanej na zasadach ubezpieczeniowych od opieki zdrowotnej traktowanej jako dziedzina działalności usługowej przejawia się zwłaszcza w tym, że fundusze przeznaczone na opiekę zdrowotną pochodzą w modelu ubezpieczeniowym opieki zdrowotnej ze składek ubezpieczeniowych, przeznaczanych celowo na finansowanie opieki zdrowotnej, w przeciwieństwie do systemu, w którym opieka zdrowotna traktowana jest jako dziedzina działalności usługowej państwa a fundusze jej finansowania pochodzą z ogólnych zasobów budżetowych, gromadzonych z zastosowaniem podatków i innych instrumentów o podobnym charakterze, nie mających – zgodnie z zasadą jedności materialnej budżetu – celowego charakteru.

W klasycznym ujęciu i w tradycyjnych modelach ubezpieczeniowych składka ubezpieczenia chorobowego kalkulowana powinna być stosownie do zachorowalności i związanych z tymi ryzykami kosztów opieki zdrowotnej, a fundusze ubezpieczenia chorobowego powinny być gromadzone w dłuższych przedziałach czasu na zasadach tzw. kapitalizacji składki i gromadzenia rezerw ubezpieczeniowych na dłuższe okresy czasu[5].

---

[5] Problematyka składki w ubezpieczeniu społecznym jest rzadko podejmowana w piśmiennictwie, por. L. Mackiewicz–Golnik, *Finansowe problemy składki ubezpieczeniowej*, w pracy zbiorowej pod red. J. Chechlińskiego, *Finansowanie świadczeń społecznych*, *wyd. cyt.*, s. 314 i nast.

Wymaga to jednak istnienia rynku pieniężnego i rynku kapitałowego, a więc i rozwiniętej bankowości. Tego rodzaju warunki są spełnione wyłącznie w rozwiniętych krajach kapitalistycznych, jednakże nawet i w tych krajach obserwuje się odwrót od kapitalizacji składki i gromadzenia rezerw ubezpieczeniowych w dłuższych przedziałach czasu jako metody gromadzenia funduszów ubezpieczenia chorobowego, na rzecz rozmaitych systemów partycypacji i bieżącego, a więc głównie rocznego, równoważenie funduszów ubezpieczenia chorobowego. Ze względu na to, że na ogół równowagę finansową funduszom ubezpieczenia chorobowego zapewnia corocznie dotacja z budżetu państwowego lub też z budżetów lokalnych, to finansowanie ubezpieczeniowe upodabnia się w tym przypadku do finansowania budżetowego.

Innego znaczenia aniżeli w klasycznych metodach ubezpieczeniowych nabiera w tych warunkach kalkulacja składki ubezpieczeniowej. Składka ubezpieczeniowa przestaje bowiem być instrumentem równomiernego rozkładu kosztów opieki zdrowotnej pomiędzy członków określonego rodzaju wspólnoty ryzyka ubezpieczeniowego a staje się instrumentem o znaczeniu redystrybucyjnym i nawet fiskalnym. W dalszym ciągu pracy zajmę się najważniejszymi problemami kalkulacji składki ubezpieczeniowej, jakie należałoby w Polsce rozwiązać, gdyby wybrano ubezpieczeniowy model opieki zdrowotnej.

(2) Zgodnie z najbardziej rozpowszechnioną definicją składki ubezpieczeniowej, składka jest świadczeniem pieniężnym, które cechuje się przymusowym charakterem oraz celowością (ze względu na utworzenie funduszu ubezpieczenia chorobowego, który jest przeznaczony celowo na finansowanie kosztów opieki zdrowotnej), a także odpłatnością (tzn. istnieje związek między opłaceniem składki a świadczeniem usług opieki zdrowotnej). Dwie spośród przytoczonych tutaj cech składki ubezpieczeniowej, a więc celowość oraz odpłatność — nie przybierające w ubezpieczeniu chorobowym charakteru wzajemności składki i świadczenia w stosunku ubezpieczeniowym — stanowią o specyfice składki ubezpieczeniowej jako instrumentu finansowego.

Wydaje się, że o ile zapewnienie przymusowego charakteru oraz celowości składce ubezpieczeniowej nie powinno nastręczać większych problemów w przypadku konsekwentnego rozwijania w Polsce opieki zdrowotnej na zasadach ubezpieczeniowych, to zapewnienie składce ubezpieczeniowej cechy odpłatności stanowić będzie pewien problem. Rozwiązanie tego problemu byłoby stosunkowo łatwiejsze przy mniejszej liczbie instytucji ubezpieczenia chorobowego a trudniejsze przy większej ich liczbie. W przypadku niewielkiej liczby instytucji ubezpieczenia chorobowego oraz równoważeniu funduszów tych instytucji przy pomocy dotacji budżetowych nie należałoby po prostu przywiązywać większej wagi do uprzedniego opłacenia składki jako warunku korzystania z usług opieki zdrowotnej. Fakt uprzedniego opłacenia składki nabierze znaczenia warunku skorzystania z usług opieki zdrowotnej dopiero w przypadku współistnienia dużej liczby instytucji ubezpieczenia chorobowego. Spowoduje to, że koszty świadczenia usług opieki zdrowotnej osobom nie ubezpieczonym będą musiały być ponoszone z budżetu państwowego lub budżetów lokalnych albo też z dochodów osobistych tych osób.

(3) Zasadniczym problemem, jaki trzeba będzie rozwiązać przed przystąpieniem do kalkulacji składki ubezpieczeniowej to rozstrzygnięcie sposobu rozłożenia ciężaru składki pomiędzy pracowników i pracodawców (zakłady pracy), przy równoczesnym przyjęciu założenia co do poziomu ewentualnego udziału budżetu państwowego i budżetów lokalnych w kosztach ubezpieczenia chorobowego oraz ewentualnego udziału własnego osób korzystających z opieki zdrowotnej. Wiąże się to w gruncie rzeczy z rozstrzygnięciem, jaki standard opieki zdrowotnej ma być gwarantowany w ramach ubezpieczenia chorobowego.

Wydaje się, że jeżeli wybrana zostanie koncepcja tworzenia instytucji ubezpieczenia chorobowego jako „kas chorych" o terenowym zasięgu działania, to poziom składki ubezpieczeniowej będzie musiał być stosunkowo wysoki, będąc bezpośrednio uzależniony od stanu zdrowotności i związanego z tym stanem ryzyka zachorowalności ludności. Nawet stosunkowo niski standard opieki zdrowotnej przyjmowanej jako gwarantowana w systemie ubezpieczenia

chorobowego będzie wymagał w tym przypadku relatywnie wysokich zasobów finansowych na opiekę zdrowotną, tym bardziej, że realistycznie rzecz ujmując, nie wydaje się aby możliwości dotowania funduszów ubezpieczenia chorobowego z budżetu państwowego i budżetów lokalnych mogły być duże, a to ze względu na doświadczoną już drugoplanowość wydatków budżetowych na te cele w budżecie państwa oraz niewystarczalność środków budżetów lokalnych.

Rozpatrując rozłożenie ciężaru składki ubezpieczeniowej między pracowników i pracodawców (zakłady pracy) trzeba uwzględnić przede wszystkim różne możliwości przerzucalności ciężaru składki ubezpieczeniowej na osoby trzecie. Niezależnie bowiem od tego, jak krytycznie ocenialibyśmy samo zjawisko przerzucalności składki ubezpieczeniowej, to wydaje się, że jest ono nieuniknione, a więc należy je brać pod uwagę. Większe możliwości przerzucalności ciężaru składki ubezpieczeniowej na osoby trzecie mają pracodawcy. Szerokie stosunkowo możliwości przerzucalności składki ubezpieczeniowej — czy to w drodze podwyżki cen, czy też obniżki płac — stanowią równocześnie o redystrybucyjnym charakterze tej składki, przy czym kierunki i skala tej redystrybucji są bardzo trudne do jednoznacznej oceny, co ogólnie biorąc jest słabą stroną składki ubezpieczeniowej. Może to skłaniać nawet do obciążania składką ubezpieczenia chorobowego w większym stopniu, a skrajnie rzecz ujmując nawet w całości, właśnie pracowników. Wydaje się, nawet niezależnie od tego, że przynajmniej w 1/4 należałoby w Polsce obciążyć składką ubezpieczeniową pracowników, co byłoby zresztą możliwe tylko wówczas, gdyby płace stosownie wzrosły. Częściowe opłacanie przez pracowników składki ubezpieczeniowej ma znaczenie psychologiczne, tym większe im bardziej zdecentralizowany charakter uzyskiwałyby instytucje ubezpieczenia chorobowego i im więcej by tych instytucji istniało, jako że scentralizowany charakter instytucji ubezpieczenia chorobowego, podobnie zresztą jak i każdego ubezpieczenia społecznego, powoduje że składka ubezpieczeniowa odbierana jest jako podatek państwowy.

(4) Z zagadnieniem rozłożenia ciężaru składki ubezpieczenia chorobowego łączy się bardzo ściśle zagadnienie podstawy wymiaru tej składki. Stosunkowo najwygodniejszą podstawą wymiaru składki ubezpieczeniowej jest wysokość zarobków pracowniczych. Wysokość płac jest jednakże stosunkowo dogodną podstawą wymiaru składki ubezpieczenia chorobowego wyłącznie ze względów technicznych. Koszty opieki zdrowotnej są stosunkowo słabo związane z wysokością zarobków osób obejmowanych opieką zdrowotną ale zależą od ich stanu zdrowia, który z kolei zależy od bardzo wielu różnorodnych czynników, trudnych nawet do jednoznacznej identyfikacji, takich jak wiek, płeć, warunki życia i warunki pracy a nawet uwarunkowania genetyczne. Wszystko to skłania do poszukiwania dodatkowych kryteriów, które umożliwiłyby różnicowanie składek ubezpieczeniowych w zależności od zróżnicowanych ryzyk zachorowalności.

W Polsce, w warunkach budowy zasadniczo od podstaw instytucji ubezpieczenia chorobowego, różnicowanie składek ubezpieczeniowych byłoby w niewielkim tylko stopniu uzasadnione i to tylko wówczas gdyby instytucje ubezpieczeniowe miały zdecydowanie zdecentralizowany charakter i gdyby występowała wielość tych instytucji. Różnicowanie składek ubezpieczeniowych ma bowiem większy sens w warunkach istnienia rynku ubezpieczeniowego, natomiast ich różnicowanie w warunkach ubezpieczenia o charakterze scentralizowanym i gwarantowanego przez państwo mogłoby mieć bardzo ograniczone znaczenie. Jednak nawet wówczas uważałbym za uzasadnione, przynajmniej w pierwszym okresie istnienia nowo utworzonego ubezpieczenia chorobowego w Polsce, różnicowanie tej części składki, którą opłacają pracownicy, chociażby wyłącznie w zależności od zróżnicowanego dla poszczególnych pracowników zagrożenia zdrowia warunkami pracy. Rozstrzygnięcia wymaga również, czy należałoby dążyć do ustalania górnego pułapu zarobków, powyżej którego nie istnieje przymus ubezpieczenia chorobowego, oraz czy — o ile taki pułap nie będzie ustalony — należałoby określać maksymalny poziom składki ubezpieczeniowej dla osób najwyżej zarabiających. Wydaje się, że przynajmniej w pierwszym okresie istnienia nowo utworzonego ubezpieczenia chorobowego w Polsce, w warunkach przymusowości tego ubezpieczenia, należałoby ustalać maksymalny poziom indywidualnie

opłacanej składki ubezpieczeniowej, chociażby po to, aby osłabić fiskalne znaczenie składki pobieranej od osób o najwyższych dochodach.

W krajach najwyżej rozwiniętych dyskutuje się potrzebę odejścia od zarobków jako podstawy wymiaru składek ubezpieczeniowych opłacanych przez pracodawców i przyjęcia za podstawę wymiaru tych składek wartości dodanej. W niektórych spośród tych krajów dokonano już nawet stosownych zmian. W Polsce nie wydaje się jednak uzasadnione wiązanie składek ubezpieczeniowych opłacanych przez pracodawców z wartością dodaną a to ze względu na niski poziom techniczny i ciągle największe znaczenie zatrudnienia wśród czynników produkcji.

Oparcie opieki zdrowotnej o zasady ubezpieczeniowe pozwalałoby na obciążenie ludności nie tylko częścią składki ubezpieczeniowej ale i umożliwiałoby zastosowanie odpłatności indywidualnej za opiekę zdrowotną w formie swoistego rodzaju udziału własnego w — zasadniczo refundowanych z funduszów ubezpieczeniowych — kosztach opieki zdrowotnej. Tego rodzaju odpłatność przyczynić mogłaby się do racjonalizacji samego procesu świadczenia usług opieki zdrowotnej oraz do większej dbałości o zdrowie. Stosowane tu opłaty za usługi mogłyby mieć analogiczny charakter jak omówione przeze mnie opłaty za usługi, stosowane wówczas gdyby opieka zdrowotna organizowana była przez władze terenowe.

(5) Niezależnie od tego, jak zostanie rozstrzygnięty problem rozłożenia ciężaru składki ubezpieczeniowej w ubezpieczeniu chorobowym, rozwiązania wymaga sam sposób ustalania składki ubezpieczeniowej, tj. zwłaszcza czy wysokość tej składki lub też jej dolna i górna granica ma podlegać w jakiejś formie zatwierdzeniu przez władze państwowe lub władze samorządu terytorialnego oraz na jakich zasadach budżet państwowy i budżety lokalne mają partycypować w ubezpieczeniu chorobowym.

Skrajnie rzecz ujmując składka ubezpieczenia chorobowego powinna być ustalana samodzielnie przez poszczególne instytucje ubezpieczeniowe w zależności od przewidywanego zapotrzebowania finansowego tych instytucji, a przede wszystkim w zależności od oceny przez te instytucje ryzyk zachorowalności w danej wspólnocie ubezpieczeniowej oraz związanych z tą oceną kosztów opieki zdrowotnej, przy założeniu określonego poziomu (standardu) tej opieki. Przymusowy jednakże charakter ubezpieczenia chorobowego oraz związane z tym fiskalne znaczenie składki ubezpieczeniowej, będącej obciążeniem funduszów rozmaitych pracodawców (zakładów pracy) oraz dochodów różnych gospodarstw domowych — przy równoczesnej nieuniknionej partycypacji budżetu państwowego lub budżetów lokalnych w ubezpieczeniu chorobowym — skłania do przyjęcia takiego rozwiązania, zgodnie z którym składka ubezpieczeniowa podlegałaby zewnętrznemu zatwierdzeniu.

Nie łatwo określić, kto powinien zatwierdzać ustalone przez organy samorządu ubezpieczeniowego składki ubezpieczenia chorobowego. Gdyby zostało przyjęte rozwiązanie, zgodnie z którym fundusze instytucji ubezpieczenia chorobowego byłyby równoważone corocznie przez budżety lokalne, to właściwymi organami dla regulowania wysokości składek ubezpieczeniowych byłyby samorządy terytorialne, Nadawałoby to jednak składkom ubezpieczeniowym dosyć specyficzne znaczenie a przy znacznej wielości instytucji ubezpieczeniowych (kas chorych) prowadziłoby do stosunkowo dużego zróżnicowania ich warunków finansowych i tym samym do znacznego terytorialnego zróżnicowania poziomu ochrony ubezpieczeniowej w ubezpieczeniu chorobowym; mogłoby to równocześnie prowadzić do istotnego terytorialnego zróżnicowania stopnia obciążenia gospodarstw domowych i pracodawców (zakładów pracy) składką ubezpieczeniową.

Zdaje się to przemawiać za przyjęciem innego rozwiązania, a więc takiego, zgodnie z którym składka ubezpieczeniowa w ubezpieczeniu chorobowym byłaby regulowana przez władze państwowe. Formy tej regulacji mogłyby być różne, a najwłaściwsze byłoby ustalanie górnej i dolnej granicy składki ubezpieczeniowej oraz dopuszczalnej proporcji jej podziału pomiędzy pracowników i pracodawców. Przyjęcie zaproponowanego tutaj rozwiązania wymagałoby równoczesnego określenia zasad partycypacji budżetu państwowego i budżetów lokalnych w ubezpieczeniu chorobowym.

Określenie zasad, na jakich budżet państwowy i budżety lokalne miałyby partycypować w ubezpieczeniu chorobowym nie jest również zagadnieniem prostym. Wydaje się, że stosunkowo najprostszym rozwiązaniem i zarazem najbardziej oczywistym — przynajmniej w pierwszym okresie po utworzeniu instytucji ubezpieczenia chorobowego — byłoby coroczne równoważenie funduszów instytucji ubezpieczenia chorobowego w formie uznaniowo przyznawanej dotacji budżetowej, co równocześnie oznaczałoby, że organ decydujący o wysokości dotacji decydowałby równocześnie o standardzie opieki zdrowotnej. Należałoby jednak zmierzać do innego rozwiązania tego zagadnienia, tj. do przyjęcia jakichś sformalizowanych zasad partycypacji budżetu państwowego i budżetów lokalnych w ubezpieczeniu chorobowym. Najprostszym rozwiązaniem byłoby zobowiązanie władz państwowych lub też władz samorządu terytorialnego do pokrywania z budżetu państwowego lub z budżetów terenowych kosztów ochrony ubezpieczeniowej w ubezpieczeniu chorobowym dla pewnych grup ludności albo też ewentualne ponoszenie ze źródeł budżetowych kosztów profilaktycznej i rehabilitacyjnej opieki zdrowotnej. Można by też zobowiązać władze państwowe lub władze terenowe do pokrywania z budżetu państwowego lub z budżetów lokalnych kosztów administracyjnych w instytucjach ubezpieczenia chorobowego. Innym teoretycznym a praktycznie biorąc bardziej już przyszłościowym rozwiązaniem byłoby pokrywanie z budżetów lokalnych kosztów opieki zdrowotnej o ponadstandardowym poziomie na tych terenach, na których władze lokalne odczuwałyby potrzebę zapewnienia opieki zdrowotnej na wyższym niż podstawowym poziomie i miałyby ku temu odpowiednie możliwości finansowe.

Problematyka kształtowania składki w ubezpieczeniu chorobowym należy do najtrudniejszych a koniecznych do rozwiązania zagadnień w przypadku podjęcia reformy systemu opieki zdrowotnej, polegającej na przekształceniu istniejącego systemu opieki zdrowotnej w system oparty na zasadach ubezpieczeniowych. Składka ta będzie musiała podlegać regulacji a gromadzenie funduszów ubezpieczeniowych nie będzie mogło opierać się wyłącznie o przychody pochodzące ze składek lecz także o dotacje oraz subwencje z budżetu państwowego i z budżetów lokalnych.

2.3. Metody finansowania i planowania działalności instytucji opieki zdrowotnej

(1) Przyjęcie jako docelowego ubezpieczeniowego modelu opieki zdrowotnej spowoduje konieczność dokonania zasadniczych przemian w samych metodach finansowania instytucji opieki zdrowotnej. Przemiany te będą różne w zależności od rodzaju i funkcji instytucji opieki zdrowotnej ale zasadniczo polegać one będą na odchodzeniu od finansowania podmiotowego w kierunku finansowania przedmiotowego.

Wydaje się, że najdalej idące zmiany nastąpią w finansowaniu szpitali, w których proces świadczenia usług medycznych przebiegał będzie na zasadzie odpłatności, opartej na wynegocjowaniu indywidualnych cen usług szpitalnych z instytucjami ubezpieczenia chorobowego. Warunki tych negocjacji mogą być nawet bardzo zróżnicowane ze względu na zróżnicowanie warunków podaży i popytu usług szpitalnictwa. Może to doprowadzić do przejmowania na własność przez niektóre instytucje ubezpieczenia chorobowego szpitali i finansowania tych szpitali na zasadzie finansowania podmiotowego. W każdym przypadku, a więc niezależnie od tego, czyją własnością będzie szpital, przyjęcie ubezpieczeniowego modelu opieki zdrowotnej doprowadzi do upodmiotowienia szpitala przynajmniej w tym znaczeniu, że stworzy warunki dla ekonomizacji szpitala. Przyjęcie refundacyjnej metody finansowania kosztów leczenia szpitalnego musi bowiem doprowadzić do wprowadzenia rachunku kosztów jednostkowych w szpitalu nawet gdyby refundacyjna metoda finansowania kosztów leczenia szpitalnego nie oznaczała pokrywania ceny za usługi szpitalne. Stworzenie warunków konkurencji między szpitalami mogłoby się przyczynić do lepszego wykorzystania zdolności usługowych już istniejących szpitali i ograniczyć nacisk inwestycyjny na budowę nowych szpitali, co w rezultacie oznaczałoby obniżkę kosztów opieki szpitalnej.

Stosunkowo łatwo można byłoby dokonać pożądanych zmian w finansowaniu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej dla ludności miejskiej gdyby wybrany został ubezpieczeniowy model

opieki zdrowotnej. Zatrudniani przez instytucję ubezpieczenia chorobowego lekarze mogliby bowiem być opłacani w zależności od ilości i struktury świadczonych usług, przy czym instytucja ubezpieczeniowa miałaby możliwość wglądu w koszty świadczenia usług ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, a zwłaszcza w koszty leków stosowanych przez poszczególnych lekarzy w ramach wybieranych przez tych lekarzy technologii (sposobów) leczenia. Mogłoby się to przyczynić do zmniejszenia spożycia leków, przynajmniej tych, których zakup byłby finansowany z funduszów ubezpieczenia chorobowego.

Niezbędne przemiany w finansowaniu ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej powinny doprowadzić do usamodzielnienia się odpowiednich instytucji usługowych świadczących usługi specjalistyczne odpłatnie, z zastosowaniem ceny negocjowanej z instytucjami ubezpieczenia chorobowego. Wydaje się przy tym, że im bardziej specjalistyczne byłyby usługi medyczne świadczone przez te instytucje, tym bardziej byłaby uprzywilejowana pozycja instytucji te usługi świadczących w stosunku do instytucji ubezpieczenia chorobowego. Mogłoby to nawet skłaniać do podmiotowego finansowania z budżetu państwowego niektórych, przynajmniej wąskospecjalistycznych, instytucji opieki zdrowotnej.

W zupełnie innej płaszczyźnie należałoby rozpatrywać problematykę ewentualnych niezbędnych przemian w metodach finansowania instytucji opieki zdrowotnej prowadzących działalność profilaktyczną i instytucji prowadzących działalność rehabilitacyjną. W znacznej części instytucje te mają już obecnie charakter przedsiębiorstw użyteczności publicznej, stowarzyszeń i organizacji społecznych. Wydaje się, że powinny one ten charakter zachować, co nie oznacza że nie mogłyby w jakimś przynajmniej zakresie być finansowane z funduszów instytucji ubezpieczenia chorobowego.

(2) Przyjęcie ubezpieczeniowego modelu funkcjonowania opieki zdrowotnej będzie stanowić przesłankę niezbędnych przemian w systemie planowania opieki zdrowotnej. Niezależnie nawet od tego, jakim przemianom podlegać będzie centralne planowanie w rezultacie zmian ustroju społeczno—gospodarczego kraju, sam fakt wyłączenia opieki zdrowotnej z finansowania budżetowego oznacza wyłączenie tej opieki z planowania budżetowego i konieczność innego sposobu podejścia do opieki zdrowotnej jako przedmiotu planowania społeczno—gospodarczego.

Jak głębokie będą przemiany w planowaniu opieki zdrowotnej w modelu ubezpieczniowym zależy od tego, czy w ramach tego modelu wybrane zostanie rozwiązanie z wielością zdecentralizowanych funduszów ubezpieczeniowych ubezpieczenia chorobowego, czy też przyjęte zostanie rozwiązanie z jednym scentralizowanym funduszem ubezpieczeń zdrowtnych. W tym ostatnim przypadku przemiany w planowaniu opieki zdrowotnej miałyby dosyć powierzchowny charakter. Duże dla przemian w systemie planowania opieki zdrowotnej znaczenie będzie miało także to, czy fundusze (bądź też fundusz) ubezpieczenia chorobowego służyć będą wyłącznie finansowaniu usług opieki zdrowotnej, czy też będą przeznaczone na finansowanie inwestycji infrastrukturalnych w sferze opieki zdrowotnej.

Można się niekiedy spotkać z postulatami, aby fundusze ubezpieczenia chorobowego przeznaczane byłyby wyłącznie na pokrycie kosztów świadczenia usług opieki zdrowotnej a inwestycje w sferze opieki zdrowotnej finansowane były z zasobów budżetowych tj. budżetu państwowego i budżetów terenowych. Takie rozdzielenie źródeł finansowania działalności inwestycyjnej i działalności eksploatacyjnej nie wydaje mi się uzasadnione, jakkolwiek w jakimś zakresie będzie zapewne nieuniknione. Gdyby do tego rozdzielenia doszło, to niewątpliwym przedmiotem centralnego planowania byłoby planowanie inwestycji w sferze opieki zdrowotnej.

(3) Rozpatrując problematykę planistyczną w ubezpieczeniowym modelu opieki zdrowtnej trzeba oddzielić planowanie państwowe, którego przedmiotem pozostanie zawsze w jakimś zakresie opieka zdrowotna, od planowania terenowego, zachowującego duże znaczenie w planowaniu opieki zdrowotnej, oraz od planowania w instytucjach ubezpieczenia chorobowego, a także od planowania mikroekonomicznego (w usamodzielnionych instytucjach opieki zdrowotnej). Planowanie państwowe musiałoby dotyczyć planowania rozmieszczenia sieci

urządzeń infrastruktury opieki zdrowotnej — jeżeli odpowiednie inwestycje infrastrukturalne byłyby finansowane z budżetu państwowego, oraz planowanie ewentualnych subwencji dla instytucji ubezpieczenia chorobowego a także ewentualnie planowania centralnych programów z zakresu opieki zdrowotnej — jeżeli takie programy byłyby przez władze państwowe podejmowane i finansowane z zasobów państwowych. Zbliżony do planowania państwowego charakter miałoby planowanie terenowe, przy czym byłoby ono wyodrębnione z planowania państwowego w tym szerszym zakresie, im większą autonomię uzyskałyby władze terenowe.

Przedmiotem planowania terenowego byłyby inwestycje w zakresie opieki zdrowotnej — jeżeli miałyby one terenowy charakter i byłyby finansowane z budżetów lokalnych, a także programy problemowe z zakresu opieki zdrowotnej — jeżeli takie programy byłyby podejmowane przez władze terenowe i finansowane z budżetów lokalnych. Poza tym przedmiotem planowania terenowego musiałaby być ewentualna partycypacja władz lokalnych w tworzeniu funduszów ubezpieczeniowych poszczególnych instytucji ubezpieczenia chorobowego — jeżeli władze te uczestniczyłyby w tworzeniu takich funduszów. Planowaniem terenowym byłaby obejmowana również działalność instytucji opieki zdrowotnej o charakterze terenowym, zwłaszcza gdyby instytucje takie występowały w szerszym zakresie.

Zasadniczym problemem, jaki się tu pojawia, to konieczność ustalenia procedury, która doprowadzałaby do ustalenia *ex ante*, a więc w fazie planowania, standardu działalności usługowej w sferze opieki zdrowotnej. Wydaje się, że następowałoby to albo w planowaniu państwowym albo w planowaniu terenowym w zależności od tego czy do zrównoważenia funduszów ubezpieczenia chorobowego dochodziłoby w efekcie dotacji z budżetu państwowego, czy w efekcie dotacji z budżetów lokalnych. Wydaje się, że ten czynnik będzie przesądzający o roli planowania państwowego oraz planowania terenowego w sferze opieki zdrowotnej.

(4) Ważną rolę w planowaniu opieki zdrowotnej odgrywać będzie planowanie usług świadczonych w odpowiednich instytucjach ubezpieczenia chorobowego, wydaje się przy tym, że nie będzie to wyłącznie planowanie finansowe ale także i planowanie działalności usługowej w takim zakresie, w jakim działalność usługowa w sferze opieki zdrowotnej finansowana będzie z funduszów instytucji ubezpieczenia chorobowego.

Przedmiotem planowania finansowego w instytucjach ubezpieczenia chorobowego będą dochody i wydatki odpowiednich funduszów ubezpieczeniowych. Planowanie dochodów to przede wszystkim omawiana już obszernie problematyka kalkulacji składki ubezpieczeniowej i przyjmowanych w tym zakresie metod oraz ustalenia dochodów z innych, aniżeli przychody ze składek ubezpieczeniowych, źródeł, a więc zwłaszcza wysokości ewentualnej partycypacji budżetu państwowego i budżetów lokalnych w tworzeniu funduszów ubezpieczenia chorobowego. Natomiast planowanie wydatków funduszów instytucji ubezpieczenia chorobowego nie wydaje się możliwe bez równoczesnego planowania rozmiarów, struktury i standardu działalności usługowej opieki zdrowotnej, jaka będzie z tych funduszów finansowana. Dla potrzeb tego planowania niezbędne będą ustalenia, czy nawet negocjacje, z instytucjami opieki zdrowotnej, a zwłaszcza samorządem lekarskim, odnośnie wysokości opłat za usługi opieki zdrowotnej w każdym roku finansowym.

Możliwości finansowe poszczególnych instytucji ubezpieczenia chorobowego oraz dokonana przez te instytucje ocena zapotrzebowania na usługi opieki zdrowotnej wyznaczać będzie standard działalności usługowej, który w związku z tym będzie zmienny i zróżnicowany, zarówno w zależności od wysokości uzyskiwanych opłat za usługi jak i od gospodarności poszczególnych instytucji ubezpieczenia chorobowego. Istotnego w tych warunkach znaczenia nabierają umiejętności gospodarowania funduszami ubezpieczeniowymi oraz umiejętności planowania finansowego i planowania działalności usługowej w poszczególnych instytucjach ubezpieczenia chorobowego.

(5) Przyjęcie modelu ubezpieczeniowego jako dominującego w opiece zdrowotnej doprowadzi do poważnych zmian w planowaniu opieki zdrowotnej, nie zmniejszając jednakże znaczenia samego planowania, a jedynie zmniejszając rolę centralnego planowania, przy równoczesnym

zwiększeniu znaczenia planowania w instytucjach ubezpieczenia chorobowego oraz podnosząc rangę planowania mikroekonomicznego, czyli planowania w poszczególnych instytucjach usługowych opieki zdrowotnej. Charakter planowania mikroekonomicznego w poszczególnych instytucjach opieki zdrowotnej wyznaczany będzie przez zakres autonomii, jaką poszczególne instytucje usługowe uzyskają. Znaczne usamodzielnienie tych instytucji w modelu ubezpieczeniowym wydaje się zarówno niezbędne, jak i oczywiste, dlatego też planowanie mikroekonomiczne wydaje się niezbędne i oczywiste.

Wydaje się, że największe znaczenie uzyskają plany finansowe i plany działalności usługowej szpitali, ze względu zwłaszcza na stosunkowo duże zasoby szpitali, których odpowiednie wykorzystanie bez stosownych planów nie wydaje się możliwe. Przedmiotem planowania szpitala powinno być przede wszystkim wykorzystanie zdolności usługowych w takim stopniu, aby szpital jako samodzielny podmiot gospodarczy mógł uzyskać najwyższe przychody umożliwiające pokrycie kosztów swej działalności. Czynnikiem wyznaczającym zakres odpowiednich planów, jak i metody planowania działalności szpiitala będzie w największym stopniu system zasilania finansowego szpitala.

Odmienny charakter będą mogły uzyskać plany mikroekonomiczne odpowiednich instytucji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej a to głównie ze względu na mniejszą rolę aparatury i sprzętu medycznego w działalności tych instytucji. Planowanie mikroekonomiczne w tych instytucjach sprowadzone być może do zapewnienia racjonalności zatrudnienia oraz do znalezienia odpowiednich metod planowania wynagrodzeń w instytucjach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

Mikroekonomiczne planowanie w instytucjach prowadzących działalność profilaktyczną i w instytucjach działalności rehabilitacyjnej będzie musiało mieć odrębny charakter, a to ze względu na znaczne zróżnicowanie przedmiotu działalności tych instytucji oraz na ich formy organizacyjne i własnościowe. Zasadniczym problemem planistycznym będzie tutaj znalezienie równowagi między podstawową działalnością statutową tych instytucji a uboczną działalnością zarobkową, mającą wspomagać prowadzenie działalności podstawowej w tych instytucjach.

3. Ekonomiczno–finansowy mechanizm kierowania opieką zdrowotną w warunkach samorządności terenowej

3.1. Zakres samorządności terenowej i konsekwencje jej urzeczywistnienia dla systemu kierowania instytucjami opieki zdrowotnej

(1) Opieka zdrowotna jest przedmiotem działalności władz terenowych, stąd też model prawno–ustrojowy tych władz ma podstawowe znaczenie dla systemu kierowania opieką zdrowotną. Model prawno–ustrojowy władz lokalnych podlega obecnie zasadniczej przebudowie[6]. Trudno natomiast jeszcze jednoznacznie przewidzieć, jaki kształt przybiorą skonkretyzowane rozwiązania systemowe wypływające z tego modelu. Prawdopodobnie przez jakiś jeszcze czas następować będzie ewolucyjne odchodzenie od ukształtowanego w okresie powojennym modelu władz lokalnych w kierunku samorządności terenowej.

Zmiana modelu prawno–ustrojowego władz lokalnych będzie pociągać za sobą odpowiednią zmianę zakresu przedmiotowego gospodarki terenowej, co będzie się mogło wyrażać zarówno w wyłączeniu z zakresu działalności gospodarczej władz terenowych poszczególnych dziedzin tej działalności, jak i w ograniczeniu aktywności gospodarczej władz terenowych w pewnych dziedzinach. Można przyjąć, z pewnym uproszczeniem, tezę, że wraz ze wzrostem znaczenia samorządu terytorialnego – ze wszystkimi wynikającymi z tego konsekwencjami, jak

[6] Ustawa z dnia 8 marca 1990 o zmianie Konstytucji Rzeczpospolitej Polskiej (Dz. U. 1990 nr 16 poz. 94); Ustawa z dnia 8 marca 1990 o samorządzie terytorialnym (Dz. U. 1990 nr 16 poz. 95); Ustawa z dnia 17 maja 1990 r. o podziale zadań i kompetencji określanych w ustawach szczegółowych pomiędzy organy gminy i organy administracji rządowej oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz. U 1990 nr 34 poz. 198).

dostosowanie zakresu działalności władz terenowych do ich możliwości finansowych, zróżnicowanego terytorialnie stopnia zaspokojenia potrzeb w sferze działalności władz terenowych itp. – wystąpi ograniczenie zakresu działalności gospodarczej władz terenowych, z wyjątkiem działalności realizowanej na zlecenie organów centralnych na zasadach przez te organy ustalonych i przez nie finansowanej.

Może się to odnosić i do opieki zdrowotnej, która jeżeli nawet nie w całości to w znacznej części może stracić swój dotychczasowy charakter działalności usługowej, prowadzonej w ramach gospodarki terenowej. Nastąpi to zarówno wtedy, kiedy rozwój i funkcjonowanie opieki zdrowotnej opierać się będzie na centralnym kierowaniu usamodzielnionymi instytucjami opieki zdrowotnej, jak i wtedy, gdy zwiększy się rola mechanizmu rynkowego w sferze usług opieki zdrowotnej, a także wówczas gdy rozwinie się model ubezpieczeniowy opieki zdrowotnej.

Na to, czy opieka zdrowotna pozostanie w dalszym ciągu, w liczącym się zakresie, przedmiotem gospodarki terenowej wpływać będą w zasadniczy sposób także przyjęte rozstrzygnięcia systemowe, odnoszące się do samorządowego modelu władz lokalnych. Dotychczasowy stan dyskusji na temat samorządu terenowego tylko w niewielkim stopniu pozwala na wyrobienie sobie poglądu na temat konkretnego kształtu szczegółowych a mających zasadnicze znaczenie dla dalszych rozważań rozwiązań systemowych. Niezbędne wydaje się jednak przedstawienie tej dyskusji i tych rozwiązań w takim zakresie, jaki umożliwi wyjaśnienie konsekwencji urzeczywistnienia samorządności terenowej dla systemu kierowania opieką zdrowotną, a zwłaszcza rozpatrzenie znaczenia instrumentów finansowych w kierowaniu instytucjami opieki zdrowotnej.

(2) Dyskusja na temat możliwości i potrzeby rozwoju samorządności terenowej pojawiła się w Polsce po 1980 r. głównie w środowisku prawników[7] a w mniejszym stopniu także ekonomistów[8]. Pewien wpływ na zakres urzeczywistnianej i przewidywanej samorządności terenowej ma brak zgodności co do sposobu rozumienia samorządu terenowego jako instytucji prawno–ustrojowej, co stanowi przedmiot szczególnego zainteresowania prawników. W ujęciu tradycyjnym samorząd terenowy oznacza kwalifikowaną formę administracji zdecentralizowanej w sferze zarządzania gospodarką publiczną[9] natomiast w toczonej w Polsce po 1980 r. dyskusji samorząd terenowy najczęściej wyraża dążenie społeczeństwa do zapewnienia sobie wpływu na sprawy publiczne (w tym także i gospodarkę) w obszarze działania władz terenowych i nawet nabiera charakteru pewnego roszczenia politycznego w sferze stosunków obywatel – władza państwowa[10]. Powoduje to przeciwstawienie antygonistyczne, jak się to nawet niekiedy określa[11], samorządu i państwa, co nadaje samorządowi terenowemu charakter „samorządzenia się" określonych społeczności lokalnych w sposób niezależny od władz państwowych, w zasadzie w interesie lokalnym a z pominięciem interesu publicznego[12]. Gdyby ta tendencja w sposobach rozumienia samorządu terenowego w przyszłości przeważyła to musiałoby – jak się wydaje – nastąpić znaczne zawężenie zakresu działalności samorządowych władz terenowych, z uzależnieniem granicy własnej działalności gospodarczej i usługowej samorządowych władz terenowych od interesu lokalnego.

Odnosząc to rozumowanie do opieki zdrowotnej trzeba by powiedzieć, że w ramach gospodarki terenowej pozostawałaby ta część opieki zdrowotnej, którą wiązać można wyłącznie

[7] J. Łętowski, *W sprawie reformy systemu władz lokalnych w Polsce*, Państwo i Prawo 1982 nr 1; A. Jaroszyński, *W sprawie zmiany ustawy o radach narodowych*, Państwo i Prawo 1982 nr 2; W. Dawidowicz, *Jeszcze jedna reforma rad narodowych czy przywrócenie samorządu terytorialnego*, Państwo i Prawo 1982 nr 3–4; T. Fuks, *Rady narodowe a samorząd terytorialny*, Państwo i Prawo 1983 nr2; M. Longchamps, *Wokół reformy władzy i administracji w terenie*, Państwo i prawo 1983 nr 5; B. Zawadzka, *Pozycja ustrojowa samorządu w państwie socjalistycznym*, Państwo i Prawo 1983 nr 9.

[8] Orientację na temat dyskusji prowadzonej na ten temat przez ekonomistów daje zbiór artykułów zawarty w pracy pod red. J. Wierzbickiego: *Finansowe podstawy rozwoju samorządności terytorialnej*, Zeszyty Naukowe AE, Zeszyt nr 130, Poznań 1985.

[9] J. Starościak, *Decentralizacja administracji*, PWN Warszawa 1960, s. 89 i nast.

[10] M. Longchamps, *Wokół reformy władz i administracji w terenie*, Państwo i Prawo 1983 nr 5, s. 87 i nast.

[11] B. Zawadzka, *Pojęcie ustrojowe samorządu w państwie socjalistycznym*, Państwo i Prawo 1983 nr 9, s. 37 i nast.

[12] Problematykę interesu publicznego i interesu lokalnego w działalności z zakresu gospodarki terenowej na przykładzie gospodarki przestrzennej rozpatruje: M. Kulesza, *Administracyjno–prawne uwarunkowania polityki przestrzennej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1987, s. 37 i nast.

z interesem lokalnym, co sprowadzałoby terenową opiekę zdrowotną do wąskiego stosunkowo zakresu działalności usługowej czy nawet, skrajnie rzecz ujmując, do tej działalności w dziedzinie opieki zdrowotnej, która się najściślej łączy z pomocą (opieką) społeczną. Ważną konsekwencją tak rozumianej samorządności terenowej byłoby ponadto przestrzenne zróżnicowanie zakresu działalności samorządowych władz terenowych w dziedzinie opieki zdrowotnej, stosownie do przestrzennie zróżnicowanego interesu lokalnego.

Poważnym i budzącym liczne kontrowersje problemem jest pytanie, czy samorząd terenowy miałby funkcjonować wyłącznie w miastach i gminach, czy też należałoby dpouszczać działanie samorządu terytorialnego na poziomie ponad lokalnym a więc wojewódzkim czy nawet regionalnym. Rozstrzygnięcie tego problemu będzie miało oczywiste znaczenie dla systemu kierowania opieką zdrowotną. Przeważają raczej opinie, przyjęte zresztą w ustawodawstwie, że samorząd terenowy powinien funkcjonować wyłącznie w miastach i gminach, przy czym mogłyby istnieć rozmaite związki samorządu terenowego miast i gmin powoływane do realizacji różnych celów.

Urzeczywistnienie samorządu terenowego zgodnie z tą tendencją oznacza odejście od silnie już utrwalonej jednolitości systemu opieki zdrowotnej, doprowadzając do wyodrębnienia się z jednolitej dotychczas państwowej opieki zdrowotnej: opieki zdrowotnej organizowanej przez samorządy terytorialne i ich związki oraz opieki zdrowotnej, organizowanej przez władze państwowe. Przyjęcie tego rozwiązania doprowadza równocześnie do zróżnicowania sytuacji w zakresie opieki zdrowotnej samorządów miast rozmaitej wielkości i samorządów gmin wiejskich. Zakres działalności usługowej w zakresie opieki zdrowotnej w gminach miejskich będzie mógł być stosunkowo nawet szeroki zwłaszcza w dużych miastach, a w gminach wiejskich najczęściej będzie bardzo wąski.

Pozostawienie opieki zdrowotnej jako działalności usługowej prowadzonej w ramach gospodarki terenowej przy równoczesnym rozwoju samorządności terytorialnej wyłącznie w miastach i gminach powodować będzie konieczność powoływania związków międzykomunalnych o charakterze celowym dla wspólnego organizowania opieki zdrowotnej i prowadzenia odpowiednich dla tych potrzeb urządzeń i instytucji infrastrukturalnych.

Przestrzenny zasięg tych związków mógłby oczywiście być bardzo nawet zróżnicowany jakkolwiek wydaje się, że przynajmniej w pierwszym okresie zasięg ten będzie w dużym stopniu kształtowany przez dotychczasowe struktury organizacyjne opieki zdrowotnej.

Spośród instytucji opieki zdrowotnej szpitale wydają się tymi instytucjami, które mogłyby ewentualnie być prowadzone wspólnie przez powoływane do tego celu związki międzykomunalne. Wydaje się jednak, że mogłoby to w szerszym zakresie dotyczyć szpitali ogólnych. Szpitale specjalistyczne, czy też wąskospecjalistyczne, mają charakter ponadwojewódzki, co utrudnia przekazywanie tych szpitali we władanie samorządów terytorialnych i ich związków. Związki międzykomunalne powoływane celowo dla prowadzenia tego rodzaju szpitali miałyby jednak tak rozległy przestrzennie zasięg, że zaginęłaby zasadnicza przesłanka samorządności terenowej, jaką jest działanie zgodne z interesem lokalnym.

(3) Ukształtowanie sieci urządzeń i instytucji infrastruktury społecznej jako ogólnokrajowej sieci tych urządzeń i instytucji odpowiadało najlepiej potrzebom jednolitego scentralizowanego systemu kierowania opieką zdrowotną. Istniejąca sieć odpowiednich urządzeń i instytucji stanowi czynnik utrudniający — co widać bardzo wyraźnie właśnie na przykładzie szpitali — doprowadzenie do znacznego wzrostu znaczenia samorządu terytorialnego w kierowaniu opieką zdrowotną. Aktualny stan infrastruktury opieki zdrowotnej oraz przestrzenne rozmieszczenie jej urządzeń i instytucji staje się przesłanką wyłączenia opieki zdrowotnej z działalności samorządowych władz terenowych, skłaniając do znaczącego usamodzielnienia szpitali jako instytucji usługowych prowadzących działalność w zakresie opieki zdrowotnej.

Oznaczałoby to zastąpienie decentralizacji związanej z samorządnością terytorialną w tym zakresie przez decentralizację odnoszącą się do poszczególnych instytucji, prowadząc co prawda do osłabienia stopnia scentralizowania systemu kierowania opieką zdrowotną, chociaż niew takiej mierze, jak to byłoby możliwe przy jej objęciu samorządem terytorialnym, który ma tę

przewagę nad decentralizacją odnoszącą się do poszczególnych instytucji, że przyczynia się do zwiększenia roli czynnika społecznego, z równoczesnym zresztą pomniejszeniem roli czynnika profesjonalnego, w systemie kierowania opieką zdrowotną. Powinno to doprowadzić do odbiurokratyzowania tego systemu co oznaczałoby istotną jakościowo zmianę w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej. Toteż przyjęcie decentralizacji odnoszącej się do instytucji opieki zdrowotnej (szpitali i innych instytucji) jako głównego kierunku przemian w systemie kierowania opieką zdrowotną, do czego może skłaniać wzgląd na związane z tym korzyści natury ekonomicznej (jak niższe koszty świadczonych usług, bardziej racjonalne wykorzystanie kadr pracowniczych, zwłaszcza medycznych itp.), nie powinno prowadzić do całkowitego zerwania z jego decentralizacją opartą na samorządności terytorialnej, a w każdym razie powinno się przy tym dążyć do stworzenia przy tych instytucjach rad nadzorczych (komitetów społecznych), z udziałem w nich nie tylko przedstawicieli pracowników medycznych, zwłaszcza lekarzy, lecz także przedstawicieli samorządów terytorialnych. Zapewniałoby to uwzględnienie w działalności poszczególnych instytucji zarówno potrzeb i warunków lokalnych, jak i także lepsze zaspokojenie potrzeb pacjentów w tych instytucjach, będących przecież wyborcami organów samorządu terytorialnego.

Wybór decentralizacji opartej na samorządzie terytorialnym, jako kierunku głównego dalszego rozwoju systemu kierowania opieką zdrowotną, wydaje się tym bardziej wskazany, że instytucje opieki zdrowotnej nie mają i nie powinny mieć zarobkowego charakteru (nie są nastawione na zysk), nawet przy dążeniu do znacznego ich usamodzielnienia. Uzasadniałoby to zastosowanie takich metod zasilania finansowego tych instytucji, które zapewniałyby możliwość pośredniego sterowania prowadzoną przez nie działalnością usługową, a więc doprowadzenie za pomocą tego do odpowiedniego zakresu i poziomu świadczonych usług. Obciążałoby to organy terenowe troską o odtworzenie majątku tych instytucji i nawet jego wzrostu, co trudno byłoby zresztą pogodzić z samodzielnością finansową organów samorządu terytorialnego, które musiałyby zabiegać o pomoc finansową ze strony organów centralnych (resortowych). Oznacza to więc nie tylko bezpośrednie kierowanie ze strony organów samorządu terytorialnego rozwojem instytucji będących własnością tych organów lecz zarazem także, w węższym lub szerszym zakresie, kierowanie tym rozwojem ze strony organów resortowych przy pośrednictwie organów samorządu terytorialnego.

Osłabia to *de facto* rolę samorządu terytorialnego w kierowaniu opieką zdrowotną sprzyjając za to podporządkowaniu instytucji opieki zdrowotnej związkom samorządów terytorialnych, co miałoby duże w praktyce znaczenie w przypadku, gdy względy ekonomiczne skłaniają do tworzenia wielkich instytucji, których działalność wykracza poza poszczególne miasta i tym bardziej gminy.

Oznacza to, że tak samo, jak dążenie do usamodzielnienia instytucji opieki zdrowtnej nie może prowadzić do całkowitej rezygnacji z samorządowego systemu kierowania tą opieką, to z drugiej strony nie ma również w praktyce warunków dla wyłącznego zastosowania samorządowego systemu kierowania opieką zdrowotną, a napotyka na tym większe trudności, im większe są instytucje opieki zdrowotnej (z wyjątkiem samorządu wielkich aglomeracji miejskich). Znaczący rozwój samorządności terytorialnej stwarza problem właściwego zrelacjowania zakresu opartej na tej samorządności decentralizacji systemu kierowania opieką zdrowotną z decentralizacją odnoszącą się bezpośrednio do instytucji opieki zdrowotnej. Nie można wykluczyć równoczesnego rozwijania obu tych metod decentralizacji kierowania opieką zdrowotną, chociaż właściwe ich pogodzenie może w praktyce napotykać na trudności (nie łatwo byłoby zwłaszcza dążyć do ujednolicenia rozwiązań w rozmaitych regionach kraju, a także w rozmaitych dziedzinach opieki zdrowotnej itp.). Na ten niedoceniany — jak się wydaje — w dyskusjach nad koncepcją rozwoju samorządności terytorialnej aspekt rozpatrywanego problemu warto tutaj zwrócić bliżej uwagę.

(4) W przedstawionych wyżej warunkach rozwoju samorządności terytorialnej powstaną problemy współdziałania rozmaitych systemów opieki zdrowotnej, a zwłaszcza systemu państwowej opieki zdrowotnej z systemem opieki zdrowotnej organizowanej przez samorządy

terytorialne i ich związki oraz ewentualnie z systemem opieki zdrowotnej o charakterze ubezpieczeniowym. Nowego znaczenia nabierają w związku z tym uprawnienia podmiotowe do korzystania z poszczególnych segmentów opieki zdrowotnej oraz w dużym stopniu z zagadnieniem tym związane problemy regulowania standardu opieki zdrowotnej. W tym miejscu trudno te problemy całościowo rozwiązać, niemniej trzeba wskazać przynajmniej na zasadnicze zagadnienia, jakie w związku z tym wymagać będą rozwiązania.

Różnorodność możliwych form zaspokajania potrzeb zdrowotnych ludności, jaka się z pewnością pojawi, wymagać będzie wyraźnego postawienia problemu podmiotowych uprawnień poszczególnych kategorii ludności do korzystania z opieki zdrowotnej. Trzeba wyraźnie stwierdzić, że zagadnienie to zostało w warunkach dotychczasowego rozwoju opieki zdrowotnej w Polsce zamazane, o czym była już mowa w rozdziale I pracy. W regulacjach prawnych z tego zakresu panuje bowiem dualizm, który uprawnieniom do korzystania z opieki zdrowotnej nadaje ubezpieczeniowy charakter (wraz ze stosownym ograniczeniem prawa do bezpłatnej opieki zdrowotnej wyłącznie do osób ubezpieczonych), a z drugiej strony uprawnieniom do opieki zdrowotnej nadaje się charakter powszechny, charakterystyczny dla publicznych służb zdrowia (traktując opiekę zdrowotną jako działalność usługową państwa i samorządu terytorialnego, organizowaną i prowadzoną przez władze państwowe i samorządowe).

Rozwój samorządności terytorialnej wymaga jasnego postawienia problemu uprawnień podmiotowych do korzystania z opieki zdrowotnej, organizowanej i prowadzonej przez samorządy terytorialne, oraz problemu obowiązków samorządów terytorialnych w realizacji opieki zdrowotnej. Odpowiedni zakres uprawnień i obowiązków zależeć będzie od stosunkowego znaczenia opieki zdrowotnej organizowanej przez samorządy terytorialne w całym systemie opieki zdrowotnej. Zakres ten będzie najszerszy jeżeli w całym systemie opieki zdrowotnej dominować będzie opieka zdrowotna traktowana jako istotna część działalności usługowej samorządnych władz terenowych.

Podstawowym i równocześnie najtrudniejszym, zagadnieniem systemów kierowania opieką zdrowotną jest współcześnie problem regulowania standardów tej opieki, albowiem to właśnie jakość opieki zdrowotnej w większym już obecnie stopniu niż jej dostępność przesądza o warunkach korzystania z tej opieki oraz zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych ludności. W warunkach rozwoju samorządności terytorialnej nie uda się uniknąć terytorialnego zróżnicowania standardu opieki zdrowotnej i nawet można powiedzieć, że to zróżnicowanie jest oczywistym rezultatem objęcia jej samorządnością terytorialną. Waga tego problemu zależeć będzie znowu od stosunkowego znaczenia opieki zdrowotnej organizowanej przez samorządy terytorialne w całym systemie opieki zdrowotnej. Trzeba jednak będzie dążyć do wypracowania nie naruszających samorządności terytorialnej mechanizmów regulowania tych standardów w powiązaniu z postawionym już wyżej problemem uprawnień podmiotowych do korzystania z opieki zdrowotnej.

(5) W następstwie rozwoju samorządności terytorialnej będą musiały nastąpić — jak się wydaje — istotne zmiany w źródłach i metodach finansowania opieki zdrowotnej oraz w podstawach i metodach planowania działalności usługowej instytucji opieki zdrowotnej oraz rozwoju jej urządzeń i instytucji. Zarówno zasilenie finansowe, jak i planowanie przestaną być elementami scentralizowanego systemu kierowania, nabiorą one bardziej autonomicznego charakteru, zróżnicowanego w zależności od tego, czy odnosić się będą do państwowej opieki zdrowotnej, czy do opieki zdrowotnej organizowanej przez samorządy terytorialne, czy też do opieki zdrowotnej o charakterze ubezpieczeniowym. Niejednokrotnie będzie jednak zachodziła potrzeba współdziałania lub nawet „arbitrażu" w sytuacjach konfliktowych, jakie nieuchronnie będą się pojawiały. Podstawą tego „arbitrażu" powinno być planowanie czy prognozowanie opieki zdrowotnej w skali całego kraju, niezbędne zarówno ze względu na wymagania ogólnokrajowej polityki opieki zdrowotej, jak i ze względu na podstawowe znaczenie tej opieki dla socjalno—bytowych warunków życia ludności.

O szczególnej roli samorządu terytorialnego w systemie opieki zdrowotnej — bez względu na stosunkowe znaczenie opieki zdrowotnej organizowanej przez samorządy terytorialne — będzie

przesądzało w praktyce to, że samorządy te będą podmiotami decydującymi o lokalizacji ogółu urządzeń i instytucji opieki zdrowotnej na terenie działania poszczególnych jednostek podziału terytorialnego kraju (przynajmniej w odniesieniu do tego szczebla podziału terytorialnego, który będzie poddany władzy samorządowej). Samorządy terytorialne będą jednak musiały prowadzić lokalną politykę zdrowotną w ramach ogólnopaństwowej polityki opieki zdrowotnej, stanowiącej część polityki społecznej państwa (nie zajmując się tu dla uproszczenia bardzo kontrowersyjnym problemem stopnia, w jakim ogólnopaństwowa polityka społeczna może ograniczać swobodę działania samorządów terytorialnych w tym zakresie).

Wszystko to składać się będzie na warunki koegzystencji ogólnokrajowego systemu kierowania opieką zdrowotną i systemów kierowania tą opieką w ramach poszczególnych samorządów terytorialnych. Kształt tej koegzystencji będzie w istotnej mierze zależał od ustrojowych warunków funkcjonowania samorządności terytorialnej, z drugiej jednak strony będzie w praktyce również decydował o rzeczywistym w przyszłości znaczeniu rozwoju samorządności terytorialnej dla opieki zdrowotnej.

Zakres rozwoju samorządności terytorialnej i przypuszczalne konsekwencje tego rozwoju dla opieki zdrowotnej trudne są w tej chwili jeszcze do przewidzenia a wymagałyby bliższego w dalszym ciągu rozpatrzenia w nawiązaniu do przewidywanych konsekwencji wyodrębnienia własności komunalnej dla rozwoju i funkcjonowania opieki zdrowotnej, a więc do przemian własnościowych. Konsekwencje wyodrębnienia własności komunalnej będą daleko idące, wiążąc się zarówno z przemianami w źródłach i metodach finansowania opieki zdrowtnej jak i z przemianami w podstawach i metodach planowania rozwoju i funkcjonowania opieki zdrowotnej.

3.2. Znaczenie wyodrębnienia mienia komunalnego dla funkcjonowania instytucji opieki zdrowotnej w warunkach samorządności terenowej

(1) Rozwój samorządności terenowej łączy się z prowadzącym do przywrócenia mienia komunalnego wyodrębnieniem własności samorządowej z własności państwowej. Rzeczywiste znaczenie przywrócenia mienia komunalnego zależeć będzie od przyjętych w tym zakresie rozwiązań prawnych[13]. Ważne jest zwłaszcza to, czy i w jakim zakresie zostanie utrzymana prawna zasada jednolitego funduszu własności państwowej, czy też nastąpi odejście od tej zasady w odniesieniu do własności samorządowej? Problematyka własności państwowej jako kategorii ekonomicznej i prawnej była dotychczas dyskutowana w kontekście usamodzielnienia przedsiębiorstw państwowych i chociaż ta dyskusja nie doprowadziła do zgodności poglądów, to zdaje się w niej przeważać pogląd o odrębności własności poszczególnych przedsiębiorstw państwowych (przynajmniej w odniesieniu do przedsiębiorstw skomercjalizowanych we właściwym tego pojęcia znaczeniu). Odrębność własności samorządowej wydaje się bardziej oczywista ze względu na dużo wyraźniejszą odrębność podmiotu tej własności, przy zasadniczej jego jednoznaczności, z drugiej jednak strony zaciera tą oczywistość dotychczasowa enigmatyczność samorządu terytorialnego. Może to skłaniać do znacznego nawet sceptycyzmu, co do możliwości rzeczywistego powiązania procesów usamodzielnienia władz lokalnych z wyodrębnieniem mienia komunalnego[14]. Odrębność własności samorządowej (komunalnej) powinna stanowić zasadniczą przesłankę przebudowy systemu kierowania opieką zdrowotną w ramach systemu kierowania gospodarką terenową. O ile dotąd system ten odnosił się do ogółu państwowych instytucji opieki zdrowotnej, to tracił on swój dotychczasowy charakter z chwilą oparcia niektórych spośród tych instytucji na mieniu komunalnym, gdyż nie będzie można kierować ze szczebla centralnego samorządowymi instytucjami opieki zdrowotnej w taki sam

[13] Po długich dyskusjach nad kolejnymi wersjami ustawy o mieniu komunalnym zrezygnowano w końcu z jej uchwalenia. Niektóre rozwiązania prawne odnoszące się do własności samorządowej zawiera ustawa z dnia 10 maja 1990 – Przepisy wprowadzające ustawę o samorządzie terytorialnym (Dz. U. 1990 nr 32 poz. 191).

[14] Por. E. Łętowska, *Cywilnoprawne gwarancje samodzielności rad narodowych*, Problemy Rad Narodowych 1982 nr 54, s. 49 i nast.

sposób i przy zastosowaniu takich samych mechanizmów i instrumentów, jak instytucjami państwowymi. Poważnym problemem staje się w związku z tym prawne ustalenia, które z państwowych instytucji i urządzeń opieki zdrowotnej powinny stać się instytucjami komunalnymi, a więc przechodzącymi we władanie samorządów terenowych, a które pozostaną nadal instytucjami państwowymi.

Analogiczny problem odnosi się do tych instytucji opieki zdrowotnej, które mają formę przedsiębiorstw państwowych (np. uzdrowiska), a więc charakteryzują się — przynajmniej formalnie — znacznym stopniem wyodrębnienia majątkowo—funduszowego. Zajdzie bowiem potrzeba rozstrzygnięcia, czy przedsiębiorstwa te utracą swe prawa podmiotowe na rzecz samorządów terytorialnych i zostaną w ten sposób *de facto* zrównane z podmiotami gospodarki budżetowej, czy też zostaną potraktowane na równi z innymi przedsiębiorstwami państwowymi, przez co utracą *de facto* charakter podmiotów gospodarki terenowej, czy może zostaną potraktowane jeszcze inaczej, a jeśli tak, to jak?

Postawione tu problemy nie znalazły jak się wydaje w dotychczasowych dyskusjach na temat mienia komunalnego oraz w kilku już wersjach odpowiednich aktów prawnych zadawalającego rozstrzygnięcia. Najczęściej rozpatrywany problem, które spośród instytucji i urządzeń opieki zdrowotnej pozostawić jako państwowe, a które przekształcić w samorządowe, bywa na ogół rozwiązywany w sposób dosyć uproszczony, a mianowicie, że te urządzenia i instytucje, które były dotąd finansowane z budżetów terenowych, stają się instytucjami samorządowymi, a te, które były dotychczas finansowane z budżetu centralnego, pozostaną instytucjami państwowymi. Tego rodzaju podejście może świadczyć o nieprzywiązywaniu rzeczywistego znaczenia do wyodrębnienia mienia komunalnego. Zastosowanie tego rozwiązania w odniesieniu do instytucji opieki zdrowotnej może się zresztą okazać w praktyce trudne z tego względu, że większość tych instytucji finansowana jest dotychczas z budżetu wojewódzkiego, a nie dopuszcza się na ogół możliwości występowania własności samorządowej na szczeblu wojewódzkim.

Tego rodzaju rozwiązanie jednolite dla wszystkich instytucji opieki zdrowotnej, wydaje się nie do przyjęcia. Poważniejsze podejście do tego zagadnienia nakazuje rozpatrzenie przesłanek, jakie przemawiają za lokalnym charakterem poszczególnych instytucji. Przede wszystkim nie byłoby w warunkach samorządności terenowej uzasadnione nadawanie terenowego charakteru tym instytucjom opieki zdrowotnej, które pełnią funkcję dawnej policji sanitarnej (zdrowotnej), a zwłaszcza stacjom sanitarno—epidemiologicznym. Powinny one pozostać instytucjami panstwowymi, kierowanymi zgodnie z interesem ogólnopaństwowym, a więc niezależnie od interesów lokalnych i nacisków miejscowych. Nie powinno budzić większych wątpliwości nadanie samorządowego charakteru tym instytucjom i urządzeniom podstawowej opieki zdrowotnej, które dotychczas wchodziły w skład zespołów opieki zdrowotnej (ZOZ). Spowoduje to jednak odstąpienie od jednolitej struktury organizacyjnej opieki zdrowotnej w skali całego kraju, co zresztą, przynajmniej formalnie, nawet już nastąpiło od czerwca 1989 r. Dyskusyjnym pozostaje natomiast sposób, w jaki należałoby odnosić się do instytucji opieki zdrowotnej o charakterze profilaktycznym i do instytucji opieki zdrowotnej o charakterze rehabilitacyjnym. Zarówno w działalności profilaktycznej, jak i w działalności rehabilitacyjnej jest wiele elementów terenowych, a interes lokalny odgrywa w tej działalności znaczącą rolę, jednakże pewne względy, a zwłaszcza skala prowadzonej działalności, wykraczająca poza miasto i gminę a najczęściej także poza województwo, skłaniają raczej do tego, aby większość instytucji prowadzących głównie działalność profilaktyczną i rehabilitacyjną pozostawić jako instytucje państwowe. Jednakże instytucje te powinny być, w odróżnieniu od instytucji sanitarno—epidemiologicznych, wyposażone w znaczny zakres samodzielności, z dostosowaniem do tego zakresu a także specyfiki ich działalności, formy prawno—organizacyjnej oraz systemu ekonomiczno—finansowego tych instytucji.

Wydaje się, że najwłaściwsze byłoby doprowadzenie do zróżnicowania struktury organizacyjnej opieki zdrowotnej w dużych miastach oraz w małych miastach i w gminach. Pewne względy organizacyjne i ekonomiczne przemawiają za pozostawieniem w dużych miastach zespołów opieki zdrowotnej, z równoczesnym nadaniem im w całości komunalnej formy własności, związanej z podporządkowaniem samorządowi terytorialnemu.

Wielce prawdopodobne jest jednak, że przeważy silna tendencja do całkowitego odstąpienia od dotychczasowych struktur organizacyjnych, kojarzonych z biurokratyzmem kierowania opieką zdrowotną, jaki się w Polsce pojawił właśnie po powstaniu w latach 1973—75 zespołów opieki zdrowotnej. Wiąże się to z dążeniem zarówno do upodmiotowienia prawno—organizacyjnego i ekonomiczno—majątkowego, wchodzących dotychczas w skład zespołów opieki zdrowotnej szpitali, przychodni rejonowych, ośrodków zdrowia oraz rozmaitych innych często niewielkich instytucji opieki zdrowotnej, jak i do dekoncentracji własności tych podmiotów w tym znaczeniu, że staną się one elementami mienia komunalnego rozmaitych gmin miejskich i gmin wiejskich. W tej sytuacji instytucje opieki zdrowotnej stałyby się instytucjami usługowymi o określonym stopniu samodzielności opartej na komunalnej formie własności, co nie łatwo pogodzić. W następstwie tego pojawi się wiele problemów wymagających szybkiego rozwiązania, dotyczących zwłaszcza zakresu samodzielności poszczególnych instytucji, systemu ich zasilania finansowego, stosunku nowo powstałych instytucji do samorządów lokalnych, a także problemów dotyczących bieżącego kierowania tymi instytucjami przez samorządy lokalne przy zachowaniu niezbędnego nadzoru merytorycznego (fachowego nadzoru medycznego) sprawowanego w skali całego kraju.

Trzeba przy tym zaznaczyć, że równocześnie może się pojawić tendencja do wyzbywania się, a więc sprzedaży przez samorządy lokalne niektórych elementów infrastruktury opieki zdrowotnej. Wydaje się, że dotyczyć to będzie zwłaszcza sprzętu i aparatury medycznej. Dotychczasowe wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną instytucji opieki zdrowotnej jest często przypadkowe a w nowych warunkach ich funkcjonowanie wystąpi zapewne możliwość rynkowej sprzedaży tego sprzętu (jeżeli ustawa o mieniu lokalnym dopuści swobodny obrót w tym zakresie). W niektórych częściach kraju mamy już obecnie do czynienia z włączeniem się państwowych instytucji opieki zdrowotnej do spółek (uspołecznionych i nieuspołecznionych), przy czym udział państwowych instytucji opieki zdrowotnej w tych spółkach stanowi właśnie aparatura i sprzęt medyczny, eksploatowane następnie w toku ich działalności usługowej. Generalna ocena tego zjawiska, które będzie się z pewnością nasilało, nie jest łatwa do przeprowadzenia.

(2) Konsekwencją nadania samorządowego charakteru oraz komunalnej formy własności instytucjom opieki zdrowotnej będzie musiała być swoboda samorządów lokalnych w sprawowaniu opieki zdrowotnej w swoim terenie. Samorządy terytorialne będą mogły sprawować opiekę zdrowotną nie tylko poprzez rozbudowę i eksploatację własnych — komunalnych urządzeń i instytucji opieki zdrowotnej ale także przez stwarzanie warunków do powstawania na ich terenie zróżnicowanych pod względem własnościowym urządzeń i instytucji opieki zdrowotnej. Wybór rozwiązań prawno—organizacyjnych oraz ekonomiczno—finansowych w tym zakresie będzie należał w większej lub mniejszej mierze — w zależności zarówno od tego, w jakim stopniu nastąpi urzeczywistnienie samorządności terytorialnej, jak i od tego, jaki model systemu opieki zdrowotnej zostanie ostatecznie w Polsce przyjęty — do samorządów lokalnych.

Wydaje się, że opowiadając się za stosunkowo szerokim zakresem samorządności terenowej należy równocześnie zmierzać do prawnego unormowania granic swobody działania samorządowych instytucji opieki zdrowotnej, z tym że nie może ono naruszać praw własnościowych, przysługujących samorządom terytorialnym wobec poszczególnych instytucji, których wyposażenie majątkowe będzie elementem mienia komunalnego. Zakreślenie tej granicy nie jest przy takim założeniu łatwe i będzie w dużym stopniu zależeć od zakresu opieki zdrowtnej sprawowanej w ramach działalności usługowej samorządów terenowych. W praktyce wiązać się to będzie z rozróżnieniem zakresu opieki zdrowotnej sprawowanej przez samorząd terytorialny w gminach wiejskich oraz mniejszych i większych miastach.

Postawiony tu problem właściwego określenia granicy swobody samorządów terenowych w zakresie wyznaczania rozmiarów, struktury i standardu działalności usługowej w sferze opieki zdrowotnej wiąże się ściśle z wydzieleniem mienia komunalnego i ma rzeczywiste znaczenie tylko wówczas kiedy opieka zdrowotna stanowi przedmiotowo wyodrębnioną dziedzinę działalności gospodarczej samorządów terenowych, a stanowiące własność tych samorządów urządzenia

opieki zdrowotnej składają się na majątek o pokaźnej wartości. Przy przyjęciu dominacji terenowej opieki zdrowotnej w systemie podstawowej opieki zdrowotnej niezbędne jest zapewnienie pewnego zakresu jednolitości sprawowania tej opieki w skali kraju, chodzi jednak równocześnie o to, aby uzasadnione dążenie do jej ujednolicenia nie przekreślało terenowego charakteru opieki zdrowotnej i nie pozbawiało praktycznego znaczenia wyodrębnienia mienia komunalnego.

(3) Wysoce prawdopodobne wydaje się to, że w zreformowanym systemie opieki zdrowotnej dominować będą rozwiązania ubezpieczeniowe, przy czym ubezpieczenia zdrowotne odnosić się będą bądź do ogółu ludności, bądź — co jest bardziej prawdopodobne — do osób aktywnych zawodowo i ich rodzin. W tych warunkach przekształcenie państwowych instytucji i urządzeń opieki zdrowotnej w instytucje i urządzenia komunalne oraz nadanie im komunalnej formy własności nabiera zupełnie innego znaczenia, co nie jest na ogół dostrzegane.

Najbardziej prawdopodobne jest to, że mniej więcej w tym samym czasie nastąpi wydzielenie mienia komunalnego, wraz z równoczesnym jednorazowym przekształceniem znacznej większości państwowych instytucji opieki zdrowotnej w komunalne instytucje opieki zdrowotnej, oraz utworzenie w tym samym mniej więcej czasie funduszu lub wielu funduszów ubezpieczeń zdrowotnych oraz odpowiednich instytucji ubezpieczeniowych, będących dysponentami tych funduszów. Sprowadzi to, w pierwszym przynajmniej okresie, nowo utworzone instytucje ubezpieczeń zdrowotnych do roli instytucji finansowych występujących w charkterze swoistego rodzaju podmiotu opłacającego koszty świadczenia usług opieki zdrowotnej przez odpowiednie komunalne instytucje opieki zdrowotnej. Fakt nadania komunalnego charakteru instytucjom i urządzeniom opieki zdrowotnej może być w związku z tym w dłuższym okresie pozbawiony znaczenia (szczególnie wówczas jeśli powstałby tylko jeden scentralizowany fundusz ubezpieczeń zdrowotnych, z centralnym ośrodkiem kierującym i dysponującym tym funduszem). Doprowadzić to może do kolizji interesów między samorządami terenowymi a samorządami ubezpieczeń zdrowotnych oraz do dominacji tych ostatnich w kierowaniu komunalnymi (już tylko z nazwy) urządzeniami i instytucjami opieki zdrowotnej. Gdyby więc zakładać dominację ubezpieczeniowego modelu opieki zdrowotnej, to trzeba byłoby uwzględnić to przy przekształcaniu państwowych instytucji opieki zdrowotnej w komunalne instytucje opieki zdrowotnej. Komunalny charakter wielu instytucji opieki zdrowotnej stałby się po prostu wątpliwy.

Wydaje się, że odmienna sytuacja mogłaby się ukształtować jeśli by powstało wiele funduszów i instytucji ubezpieczeń zdrowotnych, o regionalnym czy nawet tylko terenowym znaczeniu. Komunalne urządzenia i instytucje opieki zdrowotnej mogłyby w takim razie łatwiej zachować swój komunalny charakter oraz bardziej znaczący zakres samodzielności i niezależności od instytucji ubezpieczeń zdrowotnych. I w tych warunkach pozostaje problem kolizji interesów między samorządami terenowymi, samorządami ubezpieczeniowymi oraz samymi komunalnymi instytucjami i urządzeniami opieki zdrowotnej, jednakże wszyscy ci partnerzy a zwłaszcza dwaj pierwsi, byliby mniej więcej równorzędni, co — jak się wydaje — chroniłoby przed dominacją któregoś z nich.

Powoływanie wielu rozproszonych regionalnie i terenowo funduszów ubezpieczeń zdrowotnych jest jednak z wielu innych względów dyskusyjne, o czym była już mowa. Tutaj nasuwa się pytanie czy i na ile może być uzasadnione faktyczne wyłączenie opieki zdrowotnej z gospodarki terenowej — w efekcie nadania jej ubezpieczeniowego charakteru — przy równoczesnym objęciu własnością komunalną urządzeń i instytucji opieki zdrowotnej. Idąc jeszcze dalej można nawet uznać, że nadanie opiece zdrowotnej ubezpieczeniowego charakteru pozbawia znaczenia podział instytucji opieki zdrowotnej na państwowe i samorządowe a więc traci na znaczeniu obejmowanie tych instytucji mieniem komunalnym.

3.3. Kierunki przemian w źródłach i metodach finansowania opieki zdrowotnej w warunkach samorządności terenowej

(1) Niezależnie od tego, jaki model prawno—ustrojowy władz lokalnych zostanie ostatecznie utrwalony w praktyce społeczno—gospodarczej, a zwłaszcza jaki zakres samorządności tereno-

wej uda się w rzeczywistości osiągnąć, niezbędne będą istotne przemiany w źródłach i metodach finansowania opieki zdrowotnej.

Punktem wyjścia w dyskusji na temat przemian w źródłach finansowania opieki zdrowotnej powinna być – jak się wydaje – akceptacja wielości źródeł finansowania opieki zdrowotnej, wyrażająca się zwłaszcza w rozmaitości wykorzystywanych dla potrzeb opieki zdrowotnej funduszów społecznych (publicznych) oraz w rosnącym, w finansowaniu opieki zdrowotnej, znaczeniu dochodów osobistych ludności. Nie oznacza to jednak zrównania znaczenia obu tych źródeł finansowania, ani także roli każdego z funduszów społecznych w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych ludności.

Najbardziej oczywista wydaje się wielość źródeł i funduszów finansowania opieki zdrowotnej ale z dominacją jednego spośród nich. Gdyby w całym systemie opieki zdrowotnej miała dominować opieka zdrowotna organizowana przez samorządowe władze terenowe, to wśród źródeł i funduszów finansowania opieki zdrowotnej największą rolę powinny odgrywać terenowe fundusze społeczne jej finansowania, a wśród tych funduszów – bądź odpowiednio przebudowane budżety terenowe, bądź terenowe fundusze parabudżetowe, przeznaczone celowo na opiekę zdrowotną. Nie można pominąć także możliwości finansowania terenowej opieki zdrowotnej ze źródeł pozabudżetowych w ścisłym znaczeniu, jak na przykład z funduszów ubezpieceń zdrowotnych o charakterze lokalnym czy regionalnym, na których tworzenie i wykorzystanie samorządy terytorialne mogłyby wywierać jedynie wpływ pośredni, chociaż wpływ ten winien być na tyle istotny, aby opieka zdrowotna nie utraciła charakteru działalności usługowej samorządów terenowych.

(2) Samorządność terytorialna nie może się rozwijać bez odpowiednich podstaw finansowych, a za najbardziej oczywiste należałoby uznać budżety terenowe. W swoim dotychczasowym rozwoju stanowiły one – w ramach zbiorczego budżetu państwa – element zasadniczo scentralizowanego systemu kierowania gospodarką terenową, przy dosyć marginesowo podejmowanych i zresztą mało konsekwentnie realizowanych próbach dostosowania budżetów terenowych do potrzeb pewnego usamodzielnienia władz terenowych, a więc opierania na budżetach terenowych decentralizacji kierowania gospodarką terenową (równie dobrze można byłoby powiedzieć, że były to bardzo konsekwentnie realizowane próby opierania na budżetach terenowych takiego usamodzielnienia władz terenowych, które nie naruszałoby scentralizowanego systemu kierowania gospodarką terenową)[15].

Wykorzystanie budżetów terenowych jako dominującego źródła finansowania opieki zdrowotnej w warunkach samorządności terytorialnej i przy założeniu podstawowego znaczenia terenowej opieki zdrowotnej w całym systemie opieki zdrowotnej wymaga zasadniczej przebudowy budżetów terenowych. Przebudowa ta – rozpatrywana tu wyłącznie z punktu widzenia wykorzystania budżetów terenowych jako źródła finansowania opieki zdrowotnej – powinna objąć conajmniej: 1) nadanie autonomii budżetom lokalnym a nie tylko formalne i rzeczywiste odstąpienie od instytucji budżetu zbiorczego; 2) wyposażenie budżetów terenowych w takie źródła dochodów własnych, na których wydajność samorządowe władze terenowe mogłyby wpływać; 3) stworzenie odpowiednio zobiektywizowanego systemu dotowania budżetów terenowych (w zakresie, w jakim uzna się za uzasadnione utrzymywanie ogólnych dotacji dla budżetów terenowych); 4) uprawnienie samorządowych władz terenowych do swobodnego planowania wydatków dokonywanych z budżetów terenowych, co oznaczałoby możliwość swobodnego decydowania przez poszczególne samorządy o rodzaju zaspokajanych potrzeb zdrowotnych oraz o rozmiarach, strukturze i standardzie działalności usługowej w zakresie opieki zdrowotnej; 5) właściwe ze względu na powyższe postulaty powiązanie planowania budżetowego samorządowych władz terenowych z planowaniem budżetu państwowego; 6) właściwe przystosowanie do powyższych rozwiązań procedur i techniki gospodarki budżetowej (takich jak klasyfikacja budżetowa, bankowa obsługa budżetów lokalnych itp.).

[15] Por. E. Denek, *Budżety terenowe i fundusze celowe rad narodowych*, w pracy zbiorowej pod red. J. Wierzbickiego, *Finanse gospodarki terenowej*, *wyd. cyt.*, s. 191 i nast.

Organizacja budżetu państwa w oparciu o koncepcję budżetu zbiorczego została w Polsce wprowadzona reformą budżetową z lat 1950—51. Z organizacją tą ściśle jest związany mechanizm odgórnego, uznaniowego równoważenia budżetów terenowych w ramach zbiorczego budżetu państwa, pozbawiający budżety terenowe samodzielności finansowej. Trzeba tu stwierdzić, że zarówno organizacja systemu budżetowego, jak i mechanizm równoważenia budżetów terenowych, przeszły w ciągu minionych 40 lat pewną ewolucję, która nie doprowadziła jednakże — jak dotąd — do zasadniczego odstąpienia od przyjętej w latach 1950—1951 koncepcji systemu budżetowego państwa i systemu równoważenia budżetów terenowych. Wyraża się to zwłaszcza w treści ustawy budżetowej, która w dalszym ciągu obejmuje dochody i wydatki budżetu państwa, z wyszczególnieniem źródeł dochodów i kierunków wydatków, a także — poza szczegółową specyfikacją dochodów i wydatków budżetu centralnego, transfery równoważące dochody i wydatki budżetów terenowych. Mimo nawet daleko idących zmian w formach występowania dochodów równoważących nie doprowadziło to do odstąpienia od zasady odgórnego, uznaniowego ich równoważenia.

Nie rozwijając tutaj tej, mającą bogatą literaturę, problematyki równoważenia budżetów terenowych, ograniczę się do stwierdzenia, że instytucja budżetu zbiorczego ściśle łączy się z systemem równoważenia budżetów terenowych a warunek odstąpienia, nie tylko formalnego lecz także rzeczywistego, od instytucji budżetu zbiorczego jest warunkiem nadania budżetom lokalnym autonomii, pozwalającym na oparcie na budżetach terenowych samorządności terytorialnej i tym samym opieki zdrowotnej jako działalności usługowej samorządowych władz terenowych.

Instytucja budżetu zbiorczego służy centralnemu kierowaniu terenową gospodarką budżetową. Instytucja ta jest dogodnym narzędziem uznaniowego ze szczebla centralnego regulowania rozmiarów i struktury dochodów i wydatków budżetów terenowych, przy zastosowaniu metod dyrektywnego kierowania. Nie znaczy to jednak, aby nie można było opierać na tej samej zasadzie centralnego uznaniowego zasilania budżetów terenowych z budżetu państwa i bez jego występowania w formie budżetu zbiorczego, przy zastosowaniu odpowiednich metod dyrektywnego kierowania. Zasilanie budżetów terenowych z budżetu państwowego w warunkach samorządności terytorialnej wymaga istotnej zmiany systemu równoważenia dochodów i wydatków tych budżetów zapewniającego samodzielność finansową samorządu terenowego, przy zastosowaniu odpowiednich narzędzi i metod pośredniego kierowania ich działalnością. Warunkiem tego jest odstąpienie nie tylko *de jure*, lecz także i *de facto*, od instytucji budżetu zbiorczego. Finansowanie w tych warunkach opieki zdrowotnej z budżetów terenowych nie mogłoby być bezpośrednio regulowane — ani w zakresie rozmiarów, ani w zakresie struktury wydatków budżetów terenowych na opiekę zdrowotną — ze szczebla centralnego.

Przyjęcie właściwego w tych warunkach rozwiązania w zakresie finansowania działalności usługowej, w tym opieki zdrowotnej, nie da pożądanego efektu, jeśli nie znajdzie w praktyce rzeczywistego zastosowania samorządowy model działalności władz terenowych. Wprowadzenie odpowiadających warunkom tego modelu rozwiązań w zakresie systemu zasilania będzie nieskuteczne jeśli model ten nie znajdzie właściwego zastosowania w praktyce. W rozważaniach prowadzonych na temat reformy systemu budżetowego władz terenowych zakłada się na ogół występowanie odpowiednich po temu modelowych warunków funkcjonowania władz samorządowych. Realizując reformę budżetów terenowych nie wystarcza założyć, że reformę tę przeprowadza się w nowych warunkach modelowych funkcjonowania władz terenowych, znaczenie tej reformy zależy od tego, w jakim zakresie uda się w praktyce urzeczywistnić odpowiednią reformę systemu władz terenowych. Złudne są nadzieje na odejście od samorządowego modelu działalności władz terenowych przez samą reformę systemu finansowania ich działalności.

(3) Autonomia finansowa budżetów terenowych nie jest możliwa bez wyposażenia tych budżetów w takie źródła dochodów własnych, które byłyby związane — jak się to na ogół mówi — z miejscową bazą ekonomiczną, co stwarzałoby możliwości wywierania przez samorządowe

władze terenowe realnego wpływu na wydajność tych źródeł dochodów budżetowych. Dochody budżetów terenowych pochodzić mogą z podatków lokalnych, a więc z podatków ustanawianych względnie samodzielnie przez samorządowe władze terenowe; z udziałów budżetów terenowych w podatkach państwowych, ustanawianych przez władze państwowe, a więc będących zasadniczo dochodami budżetu państwowego; z dotacji i subwencji z budżetu państwowego oraz kredytu bankowego; z majątku stanowiącego własność komunalną; z darowizn oraz innych o mniejszym już znaczeniu źródeł. Nadanie stosunkowego znaczenia poszczególnego rodzaju źródłom dochodów budżetów terenowych jest kwestią wyboru, jakiego trzeba dokonać w toku procesu przebudowy budżetów terenowych z uwzględnieniem szeregu zróżnicowanych przesłanek o charakterze zwłaszcza ustrojowym, historycznym, psychologicznym i ekonomicznym.

Opieranie w szczególnym stopniu budżetów terenowych o dochody pochodzące z podatków lokalnych, a więc podatków ustanawianych względnie samodzielnie przez samorządy terytorialne, wymaga przede wszystkim określenia zakresu samodzielności tych samorządów w stanowieniu podatków lokalnych. Całkowita swoboda samorządów terytorialnych w zakresie ustanawiania podatków lokalnych może co prawda grozić nieuwzględnieniem zdolności podatkowej podatników, z naruszeniem dopuszczalnych granic opodatkowania. Wydaje się jednak, że podatki lokalne powinny uzyskać w zreformowanych budżetach terenowych, istotne, także i fiskalne znaczenie.

Poważnym źródłem dochodów budżetów terenowych mogłyby być udziały budżetów terenowych w podatkach państwowych. Udziały te powinny się jednak charakteryzować znaczną stabilnością, a więc być określane w aktach prawnych ustanawiających danego rodzaju podatek państwowy bez możliwości dokonania corocznych zmian w tym zakresie w ustawie budżetowej. Szczególne znaczenie ma tu dobór odpowiednich podatków państwowych, w których budżety terenowe miałyby swoje udziały. Najdogodniejsze byłyby tu takie podatki, z których wpływy charakteryzują się względnie równomiernym rozkładem terytorialnym, a więc przede wszystkim podatki dochodowe. Dobór odpowiednich podatków państwowych, w których zreformowane budżety terenowe mogłyby mieć udziały, nie jest jednak zagadnieniem łatwym i wymaga co najmniej przeprowadzenia rachunków symulujących i nawet pewnych eksperymentów.

Znaczny nawet rozwój podatków lokalnych i rozszerzenie udziałów budżetów terenowych w podatkach państwowych nie wyeliminuje konieczności dotowania budżetów terenowych z budżetu państwowego. Dotowanie budżetów terenowych z budżetu państwowego odbywać się może z zastosowaniem dotacji celowych przeznaczanych na realizację zadań powierzanych do realizacji władzom samorządowym przez władze państwowe oraz z zastosowaniem dotacji ogólnej. Dotacje celowe mogłyby przypuszczalnie znajdować szerokie nawet zastosowanie w finansowaniu opieki zdrowotnej, traktowanej jako działalność usługowa samorządowych władz terenowych, zarówno w zakresie finansowania inwestycji infrastrukturalnych (budowy oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną odpowiednich obiektów infrastruktury opieki zdrowotnej), jak i w zakresie finansowania działalności usługowej (dotyczyć to może przykładowo akcji profilaktycznych o dużej skali czy też zwalczania epidemii itp.). Ustalanie a następnie wykorzystywanie dotacji celowych nie stwarza potrzeby wprowadzenia nowych technik finansowych. Głównym problemem staje się znalezienie odpowiedniej konstrukcji dotacji ogólnej (czy subwencji ogólnej), tak aby dotacja ta uzyskała zobiektywizowany charakter oraz stała się pewnym i stabilnym źródłem dochodów zreformowanych budżetów terenowych[16].

---

[16] T. Dębowska–Romanowska, *Problemy reformy systemu dotacyjnego budżetów terenowych*, w pracy zbiorowej pod red. J. Wierzbickiego, *Finanse gospodarki terenowej, wyd. cyt.*, s. 231–243. Próbami przeniesienia do praktyki polskiej doświadczeń zagranicznych w zakresie konstrukcji dotacji ogólnych poświęcone są opracowania: H. Sochacka–Krysiak, *System finansowania zadań samorządu terytorialnego w Holandii*, Finanse 1989 nr 10–12; H. Sochacka–Krysiak, *Podstawy organizacji oraz zakresu i źródła finansowania zadań samorządu terytorialnego w Szwecji (studium porównawcze pod kątem perepektyw reformy finansów lokalnych w Polsce)*, seria: *Systemy finansów i cen za granicą*, Instytut Finansów Warszawa 1990.

(4) Trwające od wielu lat a nie uwieńczone jak dotąd powodzeniem poszukiwania odpowiedniej konstrukcji dotacji (czy subwencji) ogólnych dla budżetów terenowych, jakie zastąpiły od kilku lat dawne dotacje wyrównawcze, nabierają nowego znaczenia w warunkach rozwoju samorządności terytorialnej, i to — jak się wydaje — nawet w zasadzie niezależnie od tego, na ile znaczący będzie udział dotacji ogólnej w globalnej sumie dochodów terenowych. Sama konstrukcja dotacji ogólnej musi być uzależniona od tego, czy dotacja ta stanowić ma zasadnicze źródło zasilania budżetów terenowych, czy też ma być jedynie uzupełnieniem dochodów podatkowych (z podatków lokalnych i udziałów w podatkach państwowych). W pierwszym przypadku konstrukcja dotacji ogólnej powinna się raczej opierać o wiele czynników o charakterze społeczno—ekonomicznym i demograficznym, w odpowiedni sposób wyrażonych (na przykład z wykorzystaniem metody taksometrycznej), a w drugim przypadku powinna raczej nawiązywać do zróżnicowanej terytorialnie zdolności podatkowej poszczególnych jednostek terytorialnych, czyli uprzemysłowienia terenu, stopy życiowej ludności itp.

Wydaje się, że pewien wpływ na konstruowanie dotacji ogólnej powinien wywierać przy tym przewidywany zakres przedmiotowy działalności samorządowych władz terenowych, tzn. zarówno zakresu, w jakim występuje w tej działalności opieka zdrowotna, jak i jej udział w ogólnokrajowym systemie opieki zdrowotnej. Zakładając dla uproszczenia, że zakres opieki zdrowotnej w działalności samorządów lokalnych będzie we wszystkich jednostkach terytorialnych zbliżony, to przyjmując zarazem, że udział tej opieki w ogólnokrajowym systemie opieki zdrowotnej jest dominujący, należałoby w konstruowaniu dotacji ogólnej dla budżetów terenowych uwzględnić w stosunkowo szerokim zakresie te czynniki, które decydują o zapotrzebowaniu finansowym władz terenowych w zakresie opieki zdrowotnej, a więc czynniki różnicujące terytorialnie zapotrzebowanie na usługi opieki zdrowotnej. Jeśli by natomiast działalność samorządowych władz terenowych w sferze opieki zdrowotnej miała być sprowadzona do stosunkowo wąskiego zakresu zapewnienia opieki zdrowotnej tym, którzy nie mają innych możliwości korzystania z opieki zdrowotnej (a więc nie są objęci ubezpieczeniami zdrowotnymi, przy dominacji modelu ubezpieczeniowego, a bariera dochodowa uniemożliwia im korzystanie z opieki zdrowotnej na rynku usług medycznych), to w konstruowaniu dotacji ogólnej dla budżetów terenowych wymagają uwzględnienia w mniejszym stopniu czynniki różnicujące terytorialne zapotrzebowanie na usługi opieki zdrowotnej, a w większym takie czynniki, jak aktywność zawodowa (z którą związane są ubezpieczenia zdrowotne), czy też położenie materialne ludności. Istnieje więc każdorazowo związek między konstruowaniem dotacji ogólnych, mających zasilać zreformowane budżety terenowe, i założoną rolą budżetów terenowych jako źródła finansowania opieki zdrowotnej.

Z rozpatrywanego tu punktu widzenia finansowania z budżetów terenowych opieki zdrowotnej w warunkach rozwoju samorządności terytorialnej, istotne znaczenie ma nie tylko sposób konstruowania dotacji ogólnej z budżetu państwowego dla poszczególnych budżetów terenowych, ale także sposób ustalania w budżecie państwowym ogólnych rozmiarów dotacji ogólnej dla wszystkich budżetów terenowych. Krańcowo rzecz ujmując możliwe są następujące skrajne rozwiązania: 1) ustala się stały i niezmienny w dłuższym przedziale czasu procentowy udział dotacji ogólnej dla budżetów terenowych w budżecie państwowym a następnie dokonuje się repartycji tej dotacji pomiędzy poszczególne budżety terenowe, z zastosowaniem odpowiednio dobranych kryteriów, pozwalających na obiektywizację rozmiarów dotacji dla każdego budżetu terenowego oddzielnie lub też 2) ustala się w oparciu o odpowiednio dobrane kryteria zapotrzebowanie poszczególnych budżetów terenowych na dotację ogólną a suma tego zapotrzebowania stanowi o rozmiarach dotacji ogólnej z budżetu państwowego dla wszystkich budżetów terenowych.

Pierwszy z przedstawionych sposobów ustalania udziału dotacji ogólnych dla budżetów terenowych w budżecie państwowym uwzględnia to, że możliwości finansowe państwa są zawsze dosyć ograniczone, toteż zachodzi potrzeba dostosowywania wysokości dotacji do zmian w sytuacji finansowej państwa. Natomiast drugi uwzględnia przede wszystkim interes budżetów terenowych jako finansowej podstawy rozwoju samorządności terytorialnej, z tym że rozszerzenie dotacji dla budżetów terenowych musiałoby się wiązać z ograniczeniem wydatków

budżetowych na inne cele. W praktyce dojść musi do kompromisu między możliwościami finansowymi państwa a wyrażanym przez samorządowe władze terenowe zapotrzebowaniem na dotacje ogólne dla budżetów terenowych. W obu tych przypadkach trzeba się liczyć z pewną swobodą wydatkowania dotacji ogólnej przez władze samorządowe, co może prowadzić do ograniczenia przez nie wydatków na opiekę zdrowotną dla zwiększenia wydatków na inne cele. Wymaga to bliższego z kolei rozpatrzenia problemu wydatkowania środków budżetowych władz terenowych.

(5) Niezależnie od niezbędnej i mającej niewątpliwie zasadnicze znaczenie dla rozwoju samorządności terytorialnej przebudowy systemu dochodów budżetów terenowych, potrzebne jest jasne określenie zakresu swobód samorządowych władz terenowych do dokonywania wydatków z budżetów terenowych[17]. W dotychczasowym systemie budżetowym państwa swoboda ta była poważnie ograniczana zwłaszcza – jak to starałem się wykazać w odniesieniu do opieki zdrowotnej w rozdziale poprzednim – w planowaniu budżetowym. Planowane wydatki budżetów terenowych na opiekę zdrowotną regulowane były przez organy centralne, a zwłaszcza przez resort zdrowia, z zastosowaniem instrumentów o charakterze dyrektywnym, co pozbawiało władze terenowe swobody w dokonywaniu wydatków na opiekę zdrowotną z budżetów terenowych. Powstaje pytanie, czy jest możliwe aby samorządowe władze terenowe mogły uzyskać całkowitą swobodę w dokonywaniu wydatków i tym samym decydować zupełnie samodzielnie o rozmiarach, strukturze i standardzie działalności usługowej w sferze opieki zdrowotnej? A jeśli nie jest to możliwe, czy występują w rzeczywistości warunki dla samorządności terytorialnej?

Całkowita swoboda w dokonywaniu wydatków ze zreformowanych budżetów terenowych uwzględniałaby w najszerszym zakresie interes lokalny w preferencjach władz samorządowych, mających ten interes realizować, będąc ograniczona jedynie przez ogólne rozmiary dochodów budżetów terenowych. Można optymistycznie przyjąć, że po pewnym okresie prób i błędów mechanizm swobodnego wydatkowania środków z budżetów terenowych mógłby w miarę sprawnie funkcjonować. Przy znaczącym jednak udziale opieki zdrowotnej organizowanej przez samorządowe władze terenowe, pojawiłby się w ogólnokrajowym systemie opieki zdrowotnej problem terytorialnego zróżnicowania opieki zdrowotnej (zwłaszcza jej standardów) oraz dopuszczalnych granic tego zróżnicowania (to samo występowałoby, z rozmaitym nasileniem, w innych działach samorządowej działalności usługowej władz terenowych). Realistycznie rzecz ujmując wydaje się mało prawdopodobne aby udało się odejście od ingerencji polityki społecznej państwa w tym zakresie, zwłaszcza wówczas gdyby terenowa opieka zdrowotna dominowała w systemie opieki zdrowotnej (podobnie w szkolnictwie podstawowym itp.). Jeśli nie miałoby to naruszać swobody samorządności terytorialnej, ingerencja organów państwowych musiałaby być istotnie ograniczona, przede wszystkim przez zastosowanie instrumentów pośredniego oddziaływania. W formie nakazowej mógłby być określany jedynie minimalny poziom świadczonych przez władze terenowe usług, i to przy zapewnieniu im odpowiedniego minimum dochodów budżetowych. Stwarza to jednak problem odpowiedniego doboru instrumentów pośredniego oddziaływania na wydatki władz terenowych oraz odpowiednich źródeł pokrycia finansowego tych wydatków.

Przebudowa budżetów terenowych w kierunku, który umożliwiłby nadanie tym budżetom charakteru finansowej podstawy rozwoju samorządności terytorialnej, wymaga także istotnych zmian w samej procedurze i technice budżetowej. Niezbędne wydaje się stworzenie odrębnej klasyfikacji budżetowej dla budżetu państwowego i odrębnej klasyfikacji budżetowej dla budżetów samorządowych. Konieczne jest także znalezienie odpowiednich metod powiązania sposobu opracowywania budżetu państwowego i sposobów opracowywania budżetów terenowych. Niezbędne przemiany odpowiedniej procedurry i techniki budżetowej odnoszą się także do finansowania opieki zdrowotnej ze zreformowanych budżetów terenowych, nie będę ich jednak w tym miejscu rozwijać.

[17] Na znaczenie swobody władz terenowych w dokonywaniu wydatków budżetowych dla decentralizacji terenowej od dawna zwraca uwagę J. Wierzbicki, Por. np. *Budżety terenowe w Polsce Ludowej*, PWN Poznań 1967, s. 245 czy *Spór o budżety terenowe*, Ruch PEiS 1982 nr 3.

(6) Finansowanie opieki zdrowotnej, rozpatrywanej jako działalność usługowa władz terenowych, mogłoby być opierane — w większym lub szerszym zakresie — na terenowych funduszach parabudżetowych, przeznaczanych celowo na opiekę zdrowotną, pozwalając na pewne uelastycznienie kierowania tą działalnością. Powstaje jednak pytanie, na ile byłoby uzasadnione rozwijanie terenowej opieki zdrowotnej w oparciu o funduszowe jej finansowanie w warunkach samorządności terytorialnej? Przyjmując, że samorządność terytorialna nie byłaby możliwa bez przebudowy budżetów trenowych w zarysowanych już wyżej kierunkach, trzeba również przyjąć, że przebudowa budżetów terenowych pozbawiałaby terenowe fundusze parabudżetowe dotychczasowego ich znaczenia (nie przypadkowo fundusze te rozwinęły się w systemie scentralizowanego kierowania gospodarką terenową, nie zastępując jednak w szerszym zakresie finansowania budżetowego tej gospodarki). Osłabia to poważnie argumenty przemawiające za tworzeniem takich funduszów w sferze finansowania prowadzonej przez samorząd terenowy opieki zdrowotnej.

Nie można jednak wykluczać pojawienia się tendencji do tworzenia takich funduszów również w warunkach samorządności terytorialnej w skali ponadlokalnej (a więc związków miast i gmin), zwłaszcza dla realizacji określonych celowo wydatków o charakterze inwestycyjnym, np. dla budowy i wyposażenia konkretnych obiektów infrastruktury opieki zdrowotnej. Jeśli by się takie potrzeby pojawiły, to trudno byłoby przeciwstawić się tworzeniu odpowiednich funduszów parabudżetowych — o ile tylko okazałoby się możliwe rozwijanie samorządności terytorialnej na szczeblu ponadlokalnym. Nie wydaje się natomiast aby finansowanie działalności bieżącej instytucji opieki zdrowotnej z terenowych funduszów parabudżetowych było uzasadnione nawet w skali ponadlokalnej (nie dotyczy to funduszów ubezpieczeniowych).

(7) Rozważenia wymagają rysujące się możliwości finansowania terenowej opieki zdrowotnej (zarówno inwestycji, jak i działalności usługowej) z terenowych funduszów ubezpieczeń zdrowotnych jako swoistego rodzaju funduszów ubezpieczeń społecznych. Fundusze takie miałyby charakter ubezpieczeniowy w tym znaczeniu, że podstawowym źródłem ich tworzenia byłyby wpływy ze składek ubezpieczeniowych, zróżnicowanych według ryzyk zachorowalności a wnoszonych w części przez pracowników i w części przez pracodawców lub przez związki zrzeszające ubezpieczonych nie będących pracownikami najemnymi. Fundusze takie miałyby charakter terenowych w tym znaczeniu, że miałyby lokalny zasięg działania i mogłyby być dofinansowane z budżetów samorządów terytorialnych.

Funkcjonowanie funduszów ubezpieczenia społecznego w oparciu o zasadę kapitalizacji składki czy też zasadę samowystarczalności finansowej jest współcześnie poważnie utrudnione. Fundusze ubezpieczenia społecznego opierają swoje funkcjonowanie na ogół o zasadę partycypacji, co oznacza zapewnienie równowagi finansowej tych funduszów w okresach rocznych przez pokrywanie ich deficytów, powstających na skutek niewystarczalności dochodów ze składek ubezpieczeniowych na pokrycie wydatków, ze źródeł budżetowych. Wydaje się, że finansowanie opieki zdrowotnej z tego rodzaju funduszów miałoby nie tylko tę zaletę, że umożliwiałoby połączenie automatyzmu, właściwego finansowaniu ubezpieczeniowemu i uznaniowości, właściwej finansowaniu budżetowemu, lecz także zderzeniowego charakteru zachorowalności z podstawowym znaczeniem opieki zdrowotnej dla możliwych do oceny w skali lokalnej warunków życia ludności. Pozwalałyby one przy tym na wiązanie finansowania procesów świadczenia usług opieki zdrowotnej z terytorialnym rozmieszczeniem infrastruktury opieki zdrowtnej.

Tego rodzaju fundusze musiałyby jednak mieć charakter ponadlokalny, a więc musiałyby się odnosić do kilku gmin i miast (z wyjątkiem wielkich miast). Powinny one być instytucjami działającymi pod nadzorem samorządu ubezpieczeniowego, chociaż nie łatwo byłoby to powiązać z przedmiotem tego szczególnego ubezpieczenia, jakim jest opieka zdrowotna. W każdym jednak razie wydaje się, że terenowe fundusze ubezpieczeniowe byłyby bardziej właściwym źródłem finansowania zreformowanego systemu opieki zdrowotnej aniżeli jeden ogólnokrajowy fundusz ubezpieczenia zdrowotnego, którego równowaga finansowa miałaby być zapewniona przez dotację celową z budżetu państwowego.

(8) Omawiając niezbędne przemiany w źródłach finansowania instytucji opieki zdrowotnej w warunkach rozwoju samorządności terytorialnej nie sposób pominąć dochodów ludności jako źródła finansowania opieki zdrowotnej. Wydaje się, że dochody ludności będą zyskiwać na znaczeniu jako źródło finansowania opieki zdrowotnej ze względu na prawdopodobnie rosnącą w tych warunkach rolę mechanizmu rynkowego w opiece zdrowotnej i tym bardziej ze względu na rozwój odpłatności indywidualnej w sferze państwowej i organizowanej przez samorządy terytorialne opiece zdrowotnej i ewentualnie także ze względu na rozwój partycypacji ludności w systemach ubezpieczenia społecznego, w formie swoistego rodzaju udziału własnego ubezpieczonych w pokryciu kosztów świadczenia usług, z których korzystają. Samorządy terytorialne będą mogły odgrywać zróżnicowaną, chociaż w zasadzie tylko pośrednią rolę w oddziaływaniu na wykorzystywanie dochodów ludności jako źródła finansowania opieki zdrowotnej.

Stosunkowe znaczenie mechanizmu rynkowego w zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych ludności na danym terenie zależeć będzie od dostępności i standardu państwowej opieki zdrowotnej i opieki zdrowotnej organizowanej przez samorząd terytorialny na tym terenie, a także od stopnia objęcia miejscowej ludności ubezpieczeniami zdrowotnymi (o ile system ubezpieczeń zdrowotnych się rozwinie). Powstaje pytanie, czy, a jeśli tak, to przy pomocy jakich instrumentów, samorządy terytorialne mogą oddziałowywać na lokalny rynek usług opieki zdrowotnej. Wydaje się, że dla wypełnienia przez samorząd terytorialny właściwej w tym zakresie roli powinne one wykorzystywać zarówno instrumenty administracyjne (takie jak np. koncesjowanie), jak i instrumenty ekonomiczne (takie jak np. ulgi podatkowe). Nie wydaje się przy tym możliwe oddziaływanie samorządów terytorialnych na lokalny rynek usług opieki zdrowotnej bez współdziałania z władzami państwowymi oraz samorządem fachowych pracowników medycznych (a zwłaszcza izbami lekarskimi). Same samorządy terytorialne nie mogłyby zwłaszcza wywierać bardziej skutecznego wpływu na ceny usług opieki zdrowotnej a sam problem oddziaływania samorządów terytorialnych na rynek usług medycznych jest wyjątkowo delikatnej natury i łatwo może się stać przyczyną lokalnych konfliktów.

Odrębne problemy powstają w związku z ewentualną rolą samorządów terytorialnych w zakresie ustalania odpłatności za usługi państwowej opieki zdrowotnej i w zakresie ustalania opłat za usługi opieki zdrowotnej organizowanej przez samorządy terytorialne. Ze względu na brak w obu tych przypadkach mechanizmu rynkowego, opłaty za usługi mogą być wyłącznie instrumentami racjonalizacji reglamentacji opieki zdrowotnej, przy czym znaczącą rolę będą mogły wywierać samorządy terytorialne jedynie na opłaty pobierane w zakresie opieki zdrowotnej przez nie organizowanej. Zachodzi obawa, że pełna swoboda samorządów terytorialnych w zakresie ustalania tego rodzaju opłat może spowodować, że opłaty te będą w niewielkim stopniu regulatorami spożycia usług opieki zdrowotnej, a ich ustalanie opierać się będzie głównie w oparciu o przesłanki o charakterze fiskalnym.

Rozwijanie ubezpieczeń zdrowotnych nie wydaje się również możliwe bez obciążania nimi dochodów ludności i to zarówno w formie częściowego udziału ludności w składce ubezpieczeniowej, jak i w formie tzw. udziału własnego pacjentów w kosztach usług opieki zdrowotnej pokrywanych zasadniczo z funduszów ubezpieczeniowych. Rola samorządów terytorialnych w kształtowaniu obciążenia dochodów ludności ubezpieczeniem zdrowotnym będzie mogła być bardzo ograniczona i mieć wyłącznie pośredni charakter, związany zwłaszcza z ewentualnym finansowym wspomaganiem funduszu (czy funduszów) ubezpieczeń zdrowotnych.

3.4. Kierunki przemian w metodach finansowania instytucji opieki zdrowotnej

(1) Poza niezbędnymi przemianami w źródłach finansowania opieki zdrowotnej, jakie muszą zajść w dostosowaniu do rozwoju samorządności terytorialnej, konieczne będą także zmiany w dostosowaniu do tego rodzaju metodach finansowania instytucji opieki zdrowotnej. Niezbędne zmiany w metodach finansowania instytucji opieki zdrowotnej przedstawię w dal-

szym ciągu z wykorzystaniem zastosowanej w rozdziale II typologii tych instytucji, a więc odrębnie dla szpitali, odrębnie dla rozmaitych form ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz odrębnie dla instytucji prowadzących działalność profilaktyczną i rehabilitacyjną, biorąc przy tym pod uwagę, że zakres koniecznych przemian w metodach finansowania instytucji opieki zdrowotnej zależy nie tylko od rodzaju tych instytucji ale także i to nawet głównie od przyjętego systemu kierowania tymi instytucjami.

Przyjmując w tym miejscu, że instytucje te będą funkcjonowały jako terenowe, a więc będą stanowiły w warunkach samorządności terytorialnej element własności komunalnej, trzeba stwierdzić, że zakres niezbędnych przemian w metodach finansowania tych instytucji zależeć będzie od tego, jakiego rodzaju instytucje opieki zdrowotnej staną się ostatecznie instytucjami komunalnymi. Przedstawione niżej rozważania odnoszą się do warunków stosunkowo szerokiego udziału instytucji terenowej opieki zdrowotnej wśród ogółu tych instytucji oraz do takiego systemu kierowania opieką zdrowotną, w którym to systemie dominuje opieka zdrowotna jako działalność usługowa samorządowych władz terenowych, a same samorządy terytorialne stanowią istotny element układu kierującego w systemie kierowania opieką zdrowotną.

(2) Konieczne zmiany w metodach finansowania szpitali będą musiały uwzględniać założenie, zgodnie z którym dostępność do usług szpitali nie powinna być ograniczana terytorialnie, co oznacza ostateczne odstąpienie od rejonizacji działalności usługowej szpitalnictwa. Konsekwencją przyjęcia tego założenia jest nieprzydatność w warunkach samorządności terytorialnej metody finansowania podmiotowego szpitala w jej dotychczas stosowanej formie i potrzeba znalezienia takiej metody finansowania szpitala, która uzależniałaby jego zasilanie finansowe od rozmiarów; struktury i standardu świadczonych usług szpitalnych, z uwzględnieniem rzeczywistych jednostkowych kosztów świadczenia tych usług.

Jeśli źródłem finansowania usług szpitala będą — w rozpatrywanym tu modelu opieki zdrowotnej — budżety terenowe (z niewielkim tylko udziałem innych źródeł, w tym także odpłatności indywidualnej), pojawi się oczywiste zainteresowanie samorządowych władz terenowych rozmiarami środków przeznaczanych w ich budżetach na opiekę szpitalną, co z kolei skłaniać je będzie do regulowania kosztów usług szpitalnych. Problem konstrukcji mechanizmu zasilania finansowego szpitala, połączonego z regulowaniem kosztów usług szpitalnych, staje się w tych warunkach wyjątkowo złożony, gdyż w ramach tego mechanizmu należy pogodzić interes samorządowych władz terenowych jako właściciela szpitala nie tylko z interesem samorządowych władz terenowych jako reprezentanta potencjalnych odbiorców usług szpitalnych ale i z możliwościami finansowymi tych władz.

Biorąc to wszystko pod uwagę wydaje się, że najwłaściwszą metodą finansowania szpitala byłaby metoda łącząca elementy finansowania podmiotowego z elementami finansowania przedmiotowego. Finansowanie podmiotowe opierające się na uznaniowości, odnosiłoby się do pokrywania kosztów stałych szpitala a finansowanie przedmiotowe do pokrywania jego kosztów zmiennych. Istotne w tych warunkach znaczenie miałby sposób podziału kosztów szpitala na stałe i zmienne. Główną zaletę finansowania podmiotowego stanowi to, że utrzymanie niezbędnej gotowości do świadczenia usług wykorzystywane jest zwłaszcza dla finansowania wyposażenia szpitala, przesądzając w praktyce o standardzie usług szpitalnych, a więc pośrednio o rozmiarach kosztów zmiennych, co można jednak uznać za słabą stronę finansowania podmiotowego. Natomiast finansowanie przedmiotowe miałoby w większym stopniu charakter finansowania automatycznego, uzależniającego zasilanie finansowe szpitala od rozmiarów i kosztów jego działalności usługowej. Zachodziłaby zatem potrzeba zapewnienia władzą terenowym wpływu na poziom kosztów zmiennych szpitali, i to zarówno w formie negocjacji między znacznie usamodzielnionymi szpitalami komunalnymi, zainteresowanymi maksymalizacją kosztów zmiennych, a samorządowymi władzami terytorialnymi, zainteresowanymi ich obniżeniem, jak i w formie bezpośredniego kierowania przez te władze nieusamodzielnionymi szpitalami komunalnymi.

Łatwo mogłoby się jednak okazać, zwłaszcza gdyby ograniczoność funduszów terenowych, przeznaczanych na finansowanie opieki szpitalnej, pozbawiła te negocjacje praktycznego

znaczenia, że różnica między tymi dwiema metodami regulowania kosztów zmiennych szpitala nie byłaby w praktyce znaczna. Skłania to mnie do wyrażenia poglądu, że dalej idące usamodzielnienie szpitali komunalnych nie wydaje się ani konieczne, ani nawet realistyczne, a finansowanie tych szpitali nie będzie pozbawione, w stosunkowo szerokim zakresie, elementów uznaniowości ze strony samorządowych władz terenowych.

(3) Niezbędne przemiany w metodach finansowania ambulatoryjnej opieki zdrowotnej rozpatrywanej jako działalność usługowa samorządowych władz terenowych powinny być daleko idące, przy czym wydaje się, że inne metody powinny znaleźć tu zastosowanie dla podstawowej opieki zdrowotnej a inne dla specjalistycznej opieki zdrowotnej.

Za jedną z głównych zalet rozpatrywanego tu modelu opieki zdrowotnej, z dominacją samorządu terytorialnego w sprawowaniu tej opieki, uważam stosunkową łatwość rozwiązania w ramach tego modelu problemu zapewnienia ambulatoryjnej podstawowej opieki zdrowotnej, jaką stwarza instytucja lekarza domowego (czy rodzinnego) oraz możliwości uzależnienia zasilania finansowego poszczególnych instytucji ambulatoryjnej formy podstawowej opieki zdrowotnej od stałej liczby pacjentów, co bardzo upraszcza proces finansowania tych instytucji. Wynagrodzenia lekarzy domowych (czy rodzinnych), sprawujących podstawową opiekę zdrowotną, byłyby uzależnione od liczby zarejestrowanych pacjentów, co przy odpowiednim ustaleniu przez samorządowe władze terenowe poziomu opłaty od pacjenta oraz ustalenia przez te władze dolnej i górnej liczby pacjentów, nad którymi lekarz domowy mógłby sprawować opiekę, mogłoby w stosunkowo krótkim czasie doprowadzić — przy względnie wysokiej ogólnej liczbie lekarzy w kraju — do dosyć równomiernego terytorialnego rozmieszczenia lekarzy i rozwiązania przez to problemu finansowania podstawowej opieki zdrowotnej, przynajmniej dla ludności miejskiej. Trudniej byłoby rozwiązać tą metodą problem finansowania ambulatoryjnej formy podstawowej opieki zdrowotnej dla ludności wiejskiej a to ze względu na brak realnych możliwości stwarzania na wsi warunków dla rywalizacji lekarzy o pacjentów.

Dla potrzeb zapewnienia podstawowej opieki zdrowotnej ludności wiejskiej najwłaściwsze byłyby — omówione już przeze mnie — wiejskie spółdzielnie zdrowia jako spółdzielnie pacjentów. Zachodziłaby przy tym potrzeba finansowego wspomagania tych spółdzielni z budżetu gminy, najlepiej poprzez pokrywanie pewnego rodzaju kosztów, zwłaszcza rzeczowych (np. kosztów wyposażenia, remontów, energii itp.), podczas gdy koszty osobowe (wynagrodzenia) zatrudnionego w spółdzielni personelu powinny być pokrywane ze środków wnoszonych do spółdzielni przez samych członków spółdzielni.

Niezbędne przemiany w finansowaniu ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej powinny doprowadzić do uzależnienia zasilania finansowego odpowiednich instytucji tej opieki od ilości i struktury świadczonych usług opieki zdrowotnej oraz rzeczywistych jednostkowych kosztów świadczenia tych usług. Pojawi się w związku z tym problem regulowania jednostkowych kosztów świadczenia usług specjalistycznych. Problem ten mógłby być rozwiązywany podobnie jak byłby rozwiązywany rozpatrywany już wyżej problem regulowania jednostkowych kosztów usług szpitalnictwa. Skłaniać to może nawet do postulatu integracji szpitali i instytucji specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Spełnienie tego postulatu osłabiałoby jednak rolę samorządowych władz terenowych w kierowaniu opieką zdrowotną, gdyż oznaczałoby wzmocnienie pozycji szpitala zintegrowanego z instytucją specjalistycznej opieki ambulatoryjnej w przetargu o podlegający sfinansowaniu z budżetów miast i gmin poziom kosztów opieki specjalistycznej.

Trudności znalezienia — w rozpatrywanym tu samorządowym modelu opieki zdrowotnej z dominacją opieki zdrowotnej organizowanej przez samorządowe władze terenowe — odpowiedniej metody finansowania instytucji ambulatoryjnej opieki specjalistycznej skłaniają mnie do wyrażenia poglądu, że z ekonomiczno—finansowego punktu widzenia nie wydaje się uzasadnione nadawanie terenowego charakteru instytucjom ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i traktowanie tych instytucji jako elementu mienia komunalnego (zwłaszcza jeśli samorządność terytorialna miałaby się odnosić wyłącznie do miast i gmin). Wydaje się, że znalezienie właściwej metody finansowania tych instytucji byłoby łatwiejsze w innych rozpat-

rywanych przeze mnie mechanizmach zreformowanego systemu kierowania instytucjami opieki zdrowotnej, tj. zarówno modelu ubezpieczeniowego, jak i modelu centralnego kierowania usamodzielnionymi instytucjami opieki zdrowotnej.

(4) W innej nieco płaszczyźnie należy rozpatrywać problematykę ewentualnych niezbędnych przemian w metodach finansowania instytucji prowadzących działalność profilaktyczną i instytucji prowadzących działalnoć rehabilitacyjną. Nie są to w dotychczasowym systemie w większości podmioty budżetowe lecz przedsiębiorstwa użyteczności publicznej (jak np. uzdrowiska), spółdzielnie (jak np. prowadzące działalność rehabilitacyjną spółdzielnie inwalidów) oraz nawet stowarzyszenia i inne organizacje społeczne. Problematyka przemian w systemach ekonomiczno—finansowych wszystkich tych typów podmiotów ma bardziej uniwersalny charakter i nie wydaje się aby przemiany te miały następować pod wpływem przesłanek wynikających z cech opieki zdrowotnej jako jednego z możliwych przedmiotów działalności poszczególnych podmiotów czy też założeń systemu kierowania opieką zdrowotną. Samorządowe władze terenowe muszą uwzględniać istnienie na swoim terenie rozmaitych podmiotów i mogą jedynie w sposób pośredni oddziaływać na ich działalność.

Pewien wyjątek stanowią uzdrowiska. Wydaje się, że w procesie tworzenia instytucji samorządności terytorialnej należałoby znaleźć specyficzne rozwiązania dla miejscowości uzdrowiskowych. Rozwiązania te obejmować powinny także konstrukcję systemu ekonomiczno—finansowego uzdrowiska jako przedsiębiorstwa (czy zakładu) użyteczności publicznej oraz wzajemne powiązania finansowe między tymi przedsiębiorstwami a budżetem miejscowości uzdrowiskowej. Należałoby odstąpić od centralnego uznaniowego regulowania przychodów przedsiębiorstw uzdrowiskowych, a zasilanie finansowe przedsiębiorstw uzdrowiskowych opierać o opłaty sanatoryjne (czy uzdrowiskowe), ustalane wspólnie przez te przedsiębiorstwa i miejscowe samorządowe władze terenowe, z uwzględnieniem nie tylko potrzeby pokrycia kosztów tych przedsiębiorstw, lecz także i potrzeby partycypacji przedsiębiorstw uzdrowiskowych w finansowaniu infrastruktury miejscowości uzdrowiskowych.

System zasilania finansowego zreformowanych budżetów terenowych powinien więc uwzględniać specyficzne rozwiązania dla miejscowości uzdrowiskowych. Należałoby ponadto stwarzać warunki, także finansowe, dla powstania fundacji i rozmaitego rodzaju miejscowych incjatyw mających na celu rozwój miejscowości uzdrowiskowych i lecznictwa uzdrowiskowego, zwłaszcza poprzez zwolnienia i ulgi podatkowe oraz taki system zasilania finansowego samorządowych budżetów terenowych, który nie zniechęcałby do podejmowania tego rodzaju incjatyw.

Wydaje się, że w rozpatrywanym tu mechanizmie kierowania opieką zdrowotną najłatwiej jest jednoznacznie wskazać na kierunek niezbędnych przemian w metodach finansowania podstawowej opieki zdrowotnej oraz w metodach finansowania lecznictwa uzdrowiskowego. Dużo trudniejsze jest jednoznaczne określenie w tym mechanizmie właściwego kierunku niezbędnych przemian w metodach finansowania szpitali oraz w metodach finansowania instytucji ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej.

3.5. Niezbądne przemiany w podstawach i metodach planowania społeczno—gospodarczego i budżetowego w zakresie opieki zdrowotnej

(1) Rozwój samorządności terenowej stanowić będzie — obok równie zasadniczych zmian w ustroju społeczno—gospodarczym kraju — przesłankę niezbędnych przemian w podstawach i metodach planowania centralnego oraz planowania budżetowego dotyczącego m. in. planowania opieki zdrowotnej. W pierwszych stadiach wdrażania reformy gospodarczej zwracano główną uwagę na potrzebę tzw. uspołecznienia planowania, czy też od bardzo wielu już lat postulowanego powiązania planowania rzeczowego z planowaniem finansowym oraz na jeszcze dawniej głoszoną potrzebę podniesienia rangi planowania wieloletniego. Kierunki przemian centralnego planowania nie rysują się obecnie dużo wyraźniej i nawet można zauważyć

zanik, przynajmniej w publikacjach, zainteresowania ekonomistów problematyką planistyczną w reformowanej gospodarce. Może się to wiązać z przywiązywaniem największego znaczenia do rozpowszechnienia mechanizmów rynkowych, chociaż w odniesieniu do opieki zdrowotnej, podobnie jak i innych usług społecznych, mechanizmy te nie mogą odgrywać większej roli. Są to zresztą dosyć ogólnie prowadzone rozważania, które nie wydają się, przynajmniej z punktu widzenia potrzeb tej pracy, wystarczające.

Rozpatrując problematykę planistyczną w warunkach rozwoju samorządności terytorialnej oraz w ograniczeniu do opieki zdrowotnej, przy założeniu dominacji opieki zdrowotnej organizowanej przez samorządy terytorialne, trzeba przede wszystkim stwierdzić, że dosyć wyraźnie rysuje się konieczność oddzielenia planowania władz państwowych (centralnego) od planowania samorządowych władz terenowych (terenowego) oraz od planowania poszczególnych usamodzielnionych instytucji opieki zdrowotnej (nazywanego, na wzór planowania przedsiębiorstw, mikroekonomicznym).

Planowanie centralne w zakresie opieki zdrowotnej mogłoby mieć podwójny charakter, obejmując planowanie rozmieszczenia sieci urządzeń infrastruktury opieki zdrowotnej oraz planowanie centralnych programów rozwoju (ewentualnie funkcjonowania i rozwoju) opieki zdrowotnej. Niezwykle trudny do jednoznacznego przesądzenia jest tu zakres centralnego planowania infrastruktury opieki zdrowotnej, a zwłaszcza zakres przedmiotowy i podmiotowy tego planowania. Wydaje się, że minimalny zakres przedmiotowy tego planowania mógłby być sprowadzony do tych urządzeń infrastrukturalnych, które składałyby się na sieć urządzeń, rozwijaną w układzie funkcjonalno—przestrzennym w skali kraju niezależnie od tego, do kogo należałoby kierowanie poszczególnymi jednostkami organizacyjnymi tego systemu (nie tylko w zakresie eksploatacji tych urządzeń, lecz także ich rozwoju). Trudniejsze jest określenie zakresu podmiotowego planowania infrastruktury opieki zdrowotnej. Wydaje się, że nie należałoby się tu ograniczać wyłącznie do podmiotów państwowych, co wiąże się z rezygnacją z dyrektywnego charakteru planu oraz koniecznością wykorzystywania, innych, poza dyrektywnymi, instrumentów jego realizacji. Planowanie infrastruktury opieki zdrowotnej nie mogłoby mieć przy tym — jak sądzę — wyłącznie charakteru rzeczowego ale powinno mieć charakter rzeczowo—finansowy.

Opracowywanie państwowych programów rozwoju opieki zdrowotnej mogłoby się opierać na omówionych już w poprzednim rozdziale zasadach planowania problemowego, przy czym programy te powinny mieć wyraźnie skonkretyzowane cele oraz wyraźnie określone środki realizacji tych celów, w tym zwłaszcza wyraźnie określone źródła finansowania ich realizacji. Państwowe programy rozwoju opieki zdrowotnej stanowiłyby instrument interwencji państwa w sferę opieki zdrowotnej o tym większym znaczeniu, im mniejszą rolę w systemie opieki zdrowotnej odgrywałaby państwowa opieka zdrowotna. W warunkach dominacji opieki zdrowotnej organizowanej przez samorządowe władze terenowe w ramach ogólnokrajowego systemu opieki zdrowotnej byłoby jednak ważne aby omawiane tu problemy nie naruszały tej działalności. Zbyt daleko idąca interwencja władz państwowych, z wykorzystaniem dla celów interwencyjnych programów problemowych (np. podejmowania w celu wyrównania zróżnicowania terytorialnego w zakresie dostępności i standardu opieki zdrowotnej), mogłaby *de facto* zmienić system opieki zdrowotnej z dominacją opieki zdrowotnej organizowanej przez samorządowe władze terenowe w system państwowej opieki zdrowotnej. O tym, czy tak się stanie, czy nie stanie będą w dużej mierze przesądzały możliwości finansowe państwa z jednej strony oraz możliwości finansowe samorządów terytorialnych z drugiej strony.

(2) Planowanie terenowe (planowanie samorządowych władz terenowych) rysuje się obecnie stosunkowo mało wyraźnie, toteż trudno konkretyzować niezbędne ze względu na wymogi opieki zdrowotnej, jako działalności usługowej samorządowych władz terenowych, przemiany w tym planowaniu. Wydaje się, że planowanie terenowe w warunkach rozwoju samorządności terytorialnej powinno w całości uzyskać autonomiczny charakter i stać się zasadniczo niezależne od planowania państwowego. Planowanie terenowe stałoby się narzędziem kształtowania przez samorządy terytorialne rozwoju lokalnego, przy czym dominującą rolę w tym planowaniu uzyskiwałby czynnik finansowy. Ściślej mówiąc, o zakresie działalności, w tym także działal-

ności w zakresie opieki zdrowotnej, prowadzonej przez samorządowe władze terenowe, przesądzałyby możliwości finansowe samorządów terytorialnych. Zakres, struktura i standard działalności samorządowych władz terenowych w sferze opieki zdrowotnej byłby przy tym przedmiotem wyboru dokonywanego przez samorządy terytorialne w toku opracowywania planów terenowych i budżetów terenowych, z uwzględnieniem wytycznych centralnych planów i programów (przy zastosowaniu instrumentów pośredniego oddziaływania ze strony organów centralnych na władze samorządu terytorialnego).

Rozstrzygnięcia wymaga zakres przedmiotowy i zakres podmiotowy planowania terenowego. Chodzi zwłaszcza o to, czy planowaniem terenowym należałoby obejmować — jak to jest dotychczas — całokształt działalności prowadzonej na danym terenie, czy też wyłącznie tę działalność, która jest prowadzona na podstawie własnych decyzji samorządowych władz terenowych? Opowiadam się za tym drugim rozwiązaniem, tj. obejmowaniem planowaniem terenowym wyłącznie usługowej działalności samorządowych władz terenowych. Sprowadzając to zagadnienie do opieki zdrowotnej sądzę, że w ujęciu przedmiotowym planowaniem terenowym obejmowana być powinna wyłącznie ta część opieki zdrowotnej, która stanowi działalność usługową samorządowych władz terenowych (inaczej plany te przestałyby być planami samorządowych władz terenowych).

Jeszcze bardziej złożonym zagadnieniem jest zakres podmiotowy planowania terenowego. Podmiotami realizującymi plan terenowy w zakresie opieki zdrowotnej byłyby podmioty własności samorządowej lub także inne podmioty, jeśli z efektów ich działalności korzystałyby samorządowe władze terenowe na zasadach odpłatności (czyli na zasadach obrotu gospodarczego). To ostatnie kryterium nie wyklucza pewnej dowolności w kształtowaniu zakresu przedmiotowego planowania terenowego, powinno więc odgrywać drugorzędną rolę.

Określonego rozstrzygnięcia wymaga również wzajemny stosunek planów terenowych i planów instytucji opieki zdrowotnej, a zwłaszcza dopuszczalnej granicy uzależnienia planów poszczególnych instytucji opieki zdrowotnej od planów terenowych. Wyrażam pogląd, że można się w zasadzie zgodzić na to, aby planowanie rozwoju (inwestycji) i nawet planowanie remontów kapitalnych było domeną planów terenowych, natomiast planowanie działalności usługowej powinno należeć do planowania samych instytucji opieki zdrowotnej.

(3) W dotychczasowym systemie kierowania instytucjami opieki zdrowotnej, jak to wynika z treści poprzednich rozdziałów pracy, planowanie mikroekonomiczne, a więc samodzielne planowanie przez instytucje opieki zdrowotnej swej działalności, właściwie dotąd nie występowało. Plany finansowe i plany działalności usługowej poszczególnych instytucji (np. zespołów opieki zdrowotnej) były formalnie sporządzane przez nie same. Były one jednak *de facto* kształtowane na szczeblu wojewódzkim, przy czym plany te nie odgrywały właściwej im roli, gdyż wszyscy uczestnicy procesu planowania byli świadomi nierealności tych planów już w momencie ich sporządzania. Planowanie mikroekonomiczne w instytucjach opieki zdrowotnej uzyska w zreformowanym systemie kierowania instytucjami opieki zdrowotnej duże znaczenie i to niezależnie od przyjętego docelowo modelu opieki zdrowotnej. W tym miejscu ograniczę się do przedstawienia ogólnych założeń planowania mikroekonomicznego w instytucjach opieki zdrowotnej stanowiących własność samorządów terytorialnych, przy założeniu, że jako docelowy model opieki zdrowotnej przyjęty zostanie model z dominacją opieki zdrowotnej organizowanej przez samorządowe władze terenowe.

Założenia planowania mikroekonomicznego w instytucjach opieki zdrowotnej powinny być rozpatrywane odrębnie dla szpitali, odrębnie dla instytucji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz odrębnie dla instytucji prowadzących działalność profilaktyczną i dla instytucji prowadzących działalność rehabilitacyjną. Najpełniejszy zakres oraz najbardziej autonomiczny charakter mogłyby uzyskać plany finansowe i plany działalności usługowej szpitali, w tym także szpitali terenowych (komunalnych). Zasadniczym celem planowania mikroekonomicznego w szpitalu powinno być optymalne wykorzystywanie zdolności usługowych szpitala, z równoczesnym zachowaniem niezbędnej gotowości do świadczenia usług, w dostosowaniu do rozmiarów i struktury zapotrzebowania na usługi szpitalne. Osiągnięcie tego celu w fazie planowania, przynajmniej z punktu widzenia pojedynczego szpitala, nie wydaje się trudne. Bardziej

złożone będzie doprowadzenie do zaspokojenia przez samorządowe władze terenowe zapotrzebowania miejscowej ludności na usługi szpitalne przy równoczesnym optymalnym wykorzystaniu zdolności usługowych wszystkich szpitali komunalnych w rejonie działania tych władz.

Problem wykorzystania zdolności usługowych szpitala sprowadza się do wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej o wysokiej na ogół kapitałochłonności oraz zatrudnianych w szpitalu kadr o wysokich na ogół kwalifikacjach. Zapewnienie mikroekonomicznej racjonalności działalności szpitala, a przynajmniej niedopuszczenie do marnotrawienia pracy i zasobów szpitala, nie będzie możliwe bez planowania mikroekonomicznego (w warunkach jego usamodzielnienia ekonomicznego). Integralną częścią takiego planowania powinno byćrplanowanie zasilania finansowego. Możliwe do wykorzystania metody i instrumenty tego planowania zdeterminowane są w poważnym stopniu przez przyjęte metody finansowania szpitala. Reguły zasilania finansowego szpitala zależą od stopnia jego uniezależnienia od samorządowych władz terenowych, z drugiej jednak strony reguły te przesądzają zarazem o stopniu uzależnienia planowania w szpitalu terenowym (komunalnym) od tych władz (inaczej mówiąc reguły nie przystosowane do stopnia uniezależnienia szpitala od władz terenowych będą stawały na przeszkodzie tego uniezależnienia). W każdym jednak razie jest uzasadnione, nawet niezależnie od przyjętych reguł zasilania finansowego, aby plany szpitali terenowych (komunalnych) podlegały w jakiejś formie akceptacji ze strony organów samorządu terytorialnego.

Plany terenowych (komunalnych) instytucji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej — byłaby to przy tym, jak wynika z przeprowadzonych już wyżej rozważań, głównie opieka podstawowa — są uzależnione od przyjętych dla tej opieki form organizacyjnych i od przyjętych zasad zasilania finansowego. W każdym jednak przypadku planowanie mikroekonomiczne w instytucjach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej byłoby stosunkowo proste. Sprowadzałoby się mianowicie do zapewnienia właściwego gospodarowania czynnikiem ludzkim, a zwłaszcza zapewnienia właściwych warunków pracy kadrom lekarskim zatrudnionym w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej. W części finansowej tych planów największe znaczenie uzyskiwałoby planowanie środków na wynagrodzenia kadr zatrudnionych w terenowych (komunalnych) instytucjach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, zwłaszcza kadr lekarskich. Plany finansowe tych instytucji powinny podlegać w jakiejś formie akceptacji ze strony samorządowych władz lokalnych.

Mikroekonomiczne planowanie w instytucjach prowadzących działalność profilaktyczną i w instytucjach prowadzących działalność rehabilitacyjną miałoby najbardziej autonomiczny charakter, a to z tego względu, że instytucje te są, i w warunkach rozwoju samorządności terytorialnej będą nadal, wyjątkowo zróżnicowane pod względem własnościowym oraz pod względem form organizacyjno—finansowych. Zasadniczym problemem planów mikroekonomicznych tych instytucji powinno być zapewnienie optymalnego wykorzystania zasobów dla potrzeb realizacji zróżnicowanych celów statutowych tych instytucji. Zbieżność między planami tych instytucji a planami terenowymi i budżetami lokalnymi występować będzie w takim zakresie, w jakim instytucje te będą korzystać z samorządowych budżetów terenowych i ewentualnie z innych funduszów terenowych jako źródeł finansowania własnej działalności.

(4) Rozwój samorządności terytorialnej spowoduje daleko idące przemiany w planowaniu opieki zdrowotnej co nie oznacza pomniejszenia znaczenia tego planowania dla regulowania działalności poszczególnych jednostek opieki zdrowotnej. W tych warunkach szczególna rola przypadnie państwowemu planowaniu rozmieszczenia sieci urządzeń infrastruktury opieki zdrowotnej, programowaniu problemowemu w dziedzinie opieki zdrowotnej jako podstawy interwencji władz państwowych w sferę opieki zdrowotnej, terenowemu planowaniu wielkości środków finansowych przeznaczanych na opiekę zdrowotną a zwłaszcza planowaniu mikroekonomicznemu w instytucjach opieki zdrowotnej. Wszelkie te przemiany cechują się zwłaszcza tym, że w ich wyniku nastąpi odejście od jednolitości systemu planowania a samo planowanie straci swoją uprzywilejowaną pozycję wśród elementów składowych systemu kierowania opieką zdrowotną. Tym samym nastąpi przesunięcie w regulacyjnym znaczeniu poszczególnych instrumentów kierowania instytucjami opieki zdrowotnej z dominacji instrumentów planistycznych instrumentami bieżącego zarządzania w dotychczas istniejącym systemie kierowania na instrumenty zasilania finansowego w zreformowanym mechanizmie kierowania instytucjami opieki zdrowotnej.

ŹRÓDŁA

Piśmiennictwo

J. Aleksandrowicz, *W poszukiwaniu definicji zdrowia*, Studia Filozoficzne 1972 nr 9.

K. Arrow, *Uncertainaty and the Welfare Economics of Medical Care*, American Ecomomic Review, December 1963.

J. Auleytner, *Wprowadzenie do doktryn polityki społecznej (Niektóre aspekty systemowe i aksjologiczne)*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 1986.

J. Bielecki, B. Piekutowska, *Działalność wiejskich spółdzielni zdrowia w Polsce Ludowej w latach 1956—57*, Zdrowie Publiczne 1958 nr 2.

H. L. Blum, *Expanding Health Care Horizons*, Oakland 1983.

J. L. Bolandis, *Hospital Finance*, London 1982.

S. E. Borki, *Hospital Economics*, Lexington Books Toronto 1972.

K. E. Bulding, *The concept of Need form Health Services*, w: *Issues in Health Economics*, pod red. R. D. Luka, J. C. Bauer, An Aspen Publication Rockville, Maryland, London 1982.

M. Brown, *An Economic Analysis of Hospital Operations*, Hospital Administration 1970 Spring no 15.

M. Brown, H. L. Lewis, *Hospital Managament Systems*, Maryland 1976.

A. Brudło, M. Janiszewski, J. Sobiech, *Problemy funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej*, w: *Studia ekonomiczno—finansowe z działalności socjalno—kulturalnej*, Zeszyty Naukowe AE w Poznaniu, seria I, nr 117, Poznań 1983.

J. M. Buchanan, C. M. Lindsay, *Financing of Medical Care in the United States*, w: *Health Services Financing*, London B. M. A. 1970.

A. Burda, *Polskie prawo państwowe*, PWN Warszawa 1987.

R. Bures, *Wstęp do teorii ochrony zdrowia*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1962.

Cele i zadania polskiego programu „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000", Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1987.

J. Chechliński, *Finanse w procesie zaspokajania potrzeb niematerialnych — problemy — metody*, w: *Problemy finansowania działalności niematerialnej*, pod red. J. Chechlińskiego i K. Szymańskiej—Piotrowskiej, PWE Warszawa 1979.

J. Chechliński, *Wiodąca rola mikroekonomicznego rachunku kosztów zmiennych*, w: *Rachunek kosztów w sferze niematerialnej — metodologia, wyniki badań*, Wyd. UŁ Łódź 1986.

J. Chechliński, *Gospodarka finansowa ochrony zdrowia i opieki społecznej — punkty wyjścia i założenia reformy*, Finanse 1988 nr 4.

J. Chechliński, *Reforma gospodarki finansowej ochrony zdrowia i opieki społecznej — doświadczenia i perspektywy*, Finanse 1988 nr 6.

J. Chechliński, *Polityka finansowa w dziedzinie ochrony zdrowia i opieki społecznej w latach 1970—1985*, Zeszyty Naukowe WSI w Opolu, Opole 1988 zeszyt nr 19.

J. Chechliński, *Finansowanie przedmiotowe, podmiotowe i zryczałtowane w reformie lat osiemdziesiątych*, w pracy zbiorowej pod red. J. Chechlińskiego, *Finansowanie świadczeń społecznych. Problemy i metody*, PWE Warszawa 1989.

J. Chechliński, *Polityka finansowa państwa w dziedzinie świadczeń społecznych w latach 1970—85*, w pracy zbiorowej pod red. J. Chechlińskiego, *Finansowanie świadczeń społecznych. Problemy i metody*, PWE Warszawa 1989.

J. Chechliński, *Wielowymiarowa zmienność kosztów na tle doświadczeń NRD i USA*, w pracy zbiorowej pod red. J. Chechlińskiego, *Finansowanie świadczeń społecznych. Problemy i metody*, PWE Warszawa 1989.

K. Clarkson, *Some Implications of Property Rights in Hospital Management*, Journal of Law Economics, October 1972 nr 15.

A. L. Cochrane, *Skuteczność i sprawność — uwagi na temat służby zdrowia*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1974.

Control of health care cost in social security, EURO Raports and Studies 1982 no 55.

M. H. Cooper, *Rationing Health Care*, Croom Helm, New York, London 1975.

H. Csorba, *Szpiital —pacjent. System społeczny kliniki internistycznej*, Ossolineum Wrocław 1966.

A. J. Culyer, *Apprasing Government Expenditure on Health Services: The Problems of „Need" and „Output"*, Public Finance 1972.

A. J. Culyer, *Need and the National Healthe Service, Economics and Social Choice*, Martin Robertson, Oxford 1979.

E. Czerwińska, *Samodzielność finansowa przedsiębiorstwa państwowego*, PTPN Poznań 1963.

E. Denek, *Działalność socjalno—kulturalna jako przedmiot gospodarki terenowej*, w: *Studia ekonomiczno—finansowe w działalności socjalno—kulturalnej*, Zeszyty Naukowe AE w Poznaniu, seria I, nr 117, Poznań 1983

E. Denek, *Rola organów terenowych gmin oraz miast i gmin w działalności socjalno—kulturalnej po reformie z lat 1973—1975 (studium ekonomiczno—finansowe)*, Zeszyty Naukowe AE w Poznaniu, seria II, nr 83, Poznań 1985.

A. S. Detsky, *The Economic Foundations of National Health Policy*, Ballinger Publishing Campany, Cambridge Massachusetts 1978.

A. Dowgird i in., *Propozycje zmian sposobu finansowania szpitali*, Zdrowie Publiczne 1972 nr 9.

W. Dorczak, *Medyczne i ekonomiczne aspekty działalności opieki zdrowotnej w przemyśle*, Medycyna Pracy 1979 nr 4.

S. Dulski, *System podmiotowy gospodarki. Centralizacja. Decentralizacja?*, PWE Warszawa 1986.

Ekologia człowieka i zdrowie publiczne, pod red. E. D. Kilbourne, W. G. Smille, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1973.

Farmacja społeczna, pod red. J. Indulskiego, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich Warszawa 1981.
Z. Fedorowicz, *Racjonalny system finansowy. Główne kierunki reformy*, PWE Warszawa 1984.
P. Feldstein, *Applying Economic Conceps to Hospital Care*, Hospital Administration 1988 Winter no 13.
M. S. Foldstein, *Economic Analysis for Health Services Efficiency*, North Holland Amsterdam 1967.
M. S. Feldstein, *Hospital Cost Inflation: A Study of Nenprofit Price Dynamics*, American Economic Review, December 1971 nr 51.
M. S. Feldstein, *Economic Analysis form Health Service Efficiency*, North Holland Publishing Co, Amsterdam 1967.
L. Frąckiewicz, *Sfery niedostatku*, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1983.
L. Frąckiewicz, *Ochrona zdrowia*, w: *Polityka społeczna*, pod red. A. Rajkiewicza, wyd. III, PWE Warszawa 1979.
L. Frąckiewicz, *Polityka ochrony zdrowia*, PWE Warszawa 1983.
J. Fry, *Primary Care*, London 1980.
J. Fry, *Medycyna w Związku Radzieckim, Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich Warszawa 1972.
V. R. Fuchs, *Who Shall Live?, Health, Economics and Social Choice*, New York 1974.
Funkcje opiekuńcze państwa socjalistycznego, Studia Ekonomiczne nr 14, Instytut Nauk Ekonomicznych, PAN, Ossolineum 1986.
N. Gajl, *Instrumenty finansowe w zarządzaniu gospodarką narodową*, Wydanie II, PWE Warszawa 1988.
Global Strategy for All by the Year 2000, WHO Geneva 1982.
S. Golinowska, *Odpłatność1za usługi społeczne (warianty rozwiązań)*, Finanse 1982 nr 7.
S. Golinowska, K. Tymowska, *Kierunki reformy gospodarczej w sferze usług społecznych*, w: *Usługi społeczne*, pod red. A. Łukaszewicza, PWE Warszawa 1984.
S. Golinowska, K. Tymowska, C. Włodarczyk, *W interesie zdrowia społeczeństwa (projekt reformy opieki zdrowotnej)*, maszynopis, listopad 1989.
W. Goronowski, *Klasyfikacja wydatków w budżecie socjalistycznym*, PWN Warszawa 1972.
W. Goronowski, *O funkcjonalnej klasyfikacji wydatków budżetowych*, Finanse 1973 nr 5.
J. W. Gościński, *Efektywna reforma gospodarcza*, PWE Warszawa 1989.
M. Grossman, *The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation*, Columbia University Press, New York, London 1972.
F. Grundy, W. A. Reinke, *Badania nad opieką zdrowotną i sformalizowane metody zarządzania*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich Warszawa 1977.
J. Gurtz, M. Miller, *Finanse a polepszenie jakości usług i zwiększenie efektywności wykorzystania środków w sferze socjalno—kulturalnej w NRD*, Finanse 1974 nr 1.
J. Harasimowicz, *Warunki rozwoju decentralizacji budżetowej*, Problemy Rad Narodowych 1971 nr 19.
J. G. Head, *Public Goods and Public Welfare*, Duke Uniwersity Press Durham 1975.
Hereźniak G., *Społeczno—ekonomiczne aspekty komercjalizacji usług w wybranych dziedzinach spożycia zakładowego* (maszynopis), Łódź 1987.
E. Holst, *Profesjonalne planowanie zdrowia i profesje zajmujące się zdrowiem*, w: *Polityka społeczna a zdrowie*, pod red. J. Hołówki, KiW Warszawa 1978.
E. Howorka, *Socjalistyczny szpital zintegrowany*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1969.
B. Howorka, *Zasięg i rozpiętość kierowania w zespole opieki zdrowotnej*, w: *Metody oceny stanu zdrowia ludności oraz zarządzanie i kierowanie ochroną zdrowia*, Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej Poznań 1983.
A. Hulek, *Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidów*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1979.
A. Hulek, *Rehabilitacja inwalidów*, w: *Polityka społeczna*, wyd. III pod red. A. Rajkiewicza, PWE Warszawa 1979.
M. Jllner, *Struktura planowania społecznego a możliwości rozwiązania problemów społecznych*, w: *Polityka społeczna a zdrowie*, pod red. M. Sokołowskiej i J. Hołówki, KiW Warszawa 1978.
J. Indulski, J. Leowski, *Podstawy medycyny społecznej*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1971.
J. Indulski, J. Gdulewicz, L. Szymborski, C. Włodarczyk, *Opieka zdrowotna w Polsce. Próba oceny i kierunki usprawnień*, Zdrowie Publiczne 1981 nr 11.
J. Indulski, M. Matulewicz, *Tendencje rozwojowe systemu ochrony zdrowia w Polsce*
cz. I. *Finansowanie*, Zdrowie Publiczne 1982 nr 1—2
cz. II. *Baza materialna*, Zdrowie Publiczne 1982 nr 3
cz. III. *Zasoby pracy*, Zdrowie Publiczne 1982 nr4
cz. IV. *Proste eksploatacje i proporcje rozwojowe*, Zdrowie Publiczne 1982 nr 5—6.
J. Indulski, M. Góralczyk—Modzelewska, *Przemysłowa służba zdrowia w opinii robotników*, Instytut Medycyny Pracy ZG PTHP, Łódź 1984.
J. Indulski, G. Rzepecka—Koniarek, *Korzystanie z porad lekarzy prywatnie praktykujących*, Zdrowie Publiczne 1985 nr 7.
J. Indulski, M. Matulewicz, *Pieniężne i niepieniężne bariery równości społecznej w ochronie zdrowia*, cz. I. *Kilka obserwacji empirycznych*, Zdrowie Publiczne 1986 nr 4
J. Indulski, M. Matulewicz, *Finansowanie szpitali w oparciu o metodę grup relacji diagnostycznych*, Finanse 1988 nr 2—3.
R. Jachowicz, *Zarys technologii współczesnego szpitala*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1970.
P. Jacobs, *A. Survey of Economic Models of Hospitals*, Inquiry 1974 vol. XI June 1974.
Z. Jarosz, S. Zawadzki, *Prawo konstytucyjne*, PWN Warszawa 1980.
J. Jędrasik—Jankowska, *Zasiłek chorobowy (problematyka prawna)*, Wydawnictwo Prawnicze Warszawa 1983.
J. Jończyk, *Czy istnieje instytucja ubezpieczenia chorobowego*, w: *Ubezpieczenia chorobowe*, UW Wrocław 1984.
J. Jończyk, *Prawo do ochrony zdrowia*, Państwo i Prawo 1988 nr 1.

M. Jurcka, *Moznosti vyuzili casovych rad pri financnim planovani skolstvi, zdrovotnictvi a kultury*, Finance a Uver 1974 nr 12
Finance a Uver 1975 nr 1.
M. Kacprzak, *Ocena stanu zdrowia ludności*, Zdrowie Publiczne 1962 nr 4—5.
J. Kaja, *Cele społeczne w systemie gospodarczym*, SGPiS Monografie i Opracowania nr 162, Warszawa 1984.
J. Kaleta, *Terenowe planowanie budżetowe w Polsce Ludowej*, PWE Warszawa 1968.
J. Kaleta, *Planowanie budżetowe*, PWE Warszawa 1982.
J. Kaleta, *Gospodarka budżetowa*, wyd. III, Warszawa 1985.
J. Kaleta, *Perspektywy wyjścia z kryzysu*, KAW Warszawa 1986.
J. Kamiński i inni, *Ochrona zdrowia pracowników przemysłowych*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich Warszawa 1968.
S. Karpiński, *Początki rehabilitacji zawodowej w Polsce*, Biuletyn Zakładu Badawczego Związku Spółdzielczości Inwalidów 1962 nr 4
T. Kielanowki, *Propedeutyka medycyny*, wyd. III, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1979.
Kierowanie gospodarcze, praca zbiorowa pod red. J. Sołdaczuka, PWE Warszawa 1981.
H. B. Klarman, *The Economics of Health*, Columbia University Press, New York and London 1965.
B. M. Kleczkowski, *Zakres działalności współczesnej ochrony zdrowia (Próba systematyzacji pojęciowej)*. Zdrowie Publiczne 1967 nr 4
B. M. Kleczkowski, *Programowanie ochrony zdrowia społeczeństwa. Model ogólnej metody optymalizacji*, Zdrowie Publiczne 1968 suplement nr 2.
W. Kondrat, *Społeczne determinanty umieralności niemowląt*, Wydawnictwo SGPiS Warszawa 1982.
J. Kornai, *Niedobór w gospodarce*, PWE Warszawa 1985.
E. Korzeniewska, *O zdrowiu i jego definicjach*, Zdrowie Publiczne 1988 nr 3.
S. Kosiński, S. Tokarski, *Ochrona zdrowia ludności wiejskiej (ze szczególnym uwzględnieniem Lubelszczyzny)*, PWN Warszawa—Łódź 1987
Z. Kowalczyk, *Rachunkowość społeczna*, PWE Warszawa 1974.
Z. Kowalczyk, *Strumienie finansowe w gospodarce kapitalistycznej*, PWN Warszawa 1978.
P. Krasucki, J. Pignan—Otto, *Problemy optymalizacji struktur organizacyjnych przemysłowej służby zdrowia w dużej aglomeracji przemysłowej*, Zdrowie Publiczne 1982 nr 7—8.
J. Kroszel, *Infrastruktura społeczna w teorii i praktyce gospodarki socjalistycznej*, PWN Opole 1974
J. Kroszel, *Rozmieszczenie infrastruktury społecznej. Wybrane problemy*, PWN Wrocław— Warszawa—Kraków, 1982
M. Kucharski, *Bilanse syntetyczne gospodarki narodowej*, PWE Warszawa 1967.
M. Kulesza, *Administracyjno—prawne uwarunkowania polityki przestrzennej*, Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1987.
T. Kuta, *Aspekty prawne działań administracji publicznej w organizowaniu usług*, Ossolineum, Prace Wrocławskiego Towarzystwa Naukowego, Seria A nr 132, Wrocław 1969.
T. Kuta, *Zaspokajanie potrzeb socjalno—bytowych i oświatowo—kulturalnych obywateli*, w: *System prawa administracyjnego*, t. IV, pod red. T. Rabskiej, Ossolineum, Wrocław 1980.
O. Lange, Dzieła t. 3; *Ekonomia polityczna*, t. 1 PWE Warszawa 1975.
M. L. Lee, *A Conspicuous Produktion Theory of Hospital Behavior*, Southern Economic Journal, July 1971 nr 38.
K. Leowski, *Ocena efektywności nakładów na ochronę zdrowia i opiekę społeczną*, Zdrowie Publiczne 1978 nr 11.
A. Lipiński, Z. Reysner, *Pozainwestycyjne źródła bazy szpitalnej*, Zdrowie Publiczne 1972 nr 10.
M. Longchamps, *Wokół reformy władz i administracji w terenie*, Państwo i Prawo 1983 nr 5.
E. J. Lusk, J. G. Lusk, *Financial and Managerial Control. A Health Care Perspective*. An Aspen Publication, Gormantown Maryland, 1979 s. 347 i nast.
E. Łętowska, *Cywilno—prawne gwarancje samodzielności rad narodowych*, Problemy Rad Narodowych 1982 nr 54.
L. Mackiewicz—Golnik, *Finansowe problemy składki ubezpieczeniowej*, w pracy zbiorowej pod red. J. Chechlińskiego, *Finansowanie świadczeń społecznych. Problemy i metody*, PWE Warszawa 1989
J. Małecki, *Opodatkowanie fundacji i spółek*, Ruch PEiS 1989 nr 1.
W. Matuszkiewicz, *Współczesne modele podstawowej opieki zdrowotnej*,
cz. I, Zdrowie Publiczne 1987 nr 9
cz. II, Zdrowie Publiczne 1987 nr 11—12.
H. Matuszewski, S. Paździoch, M. Księżyk, *Wstępne wyniki badań nad efektywnością działania zespolonej opieki zdrowotnej na poziomie powiatu*,
cz. I. *Założenia metodoligiczne, problematyka badawcza i struktura demograficzna badanej zbiorowości*, Zdrowie Publiczne 1987 nr 10.
H. Matuszewski, H. Bajka, J. Paździoch, M. Skalski, *Wstępne wyniki badań nad efektywnością działania zespolonej opieki zdrowotnewj na poziomie powiatu*
cz. II. *Podstawowa opieka w zintegrowanej i tradycyjnej strukturze organizacyjnej opieki zdrowotnej*, Zdrowie Publiczne 1974 nr 11.
H. Matuszewski, S. Paździoch, M. Skalski, *Wstępne wyniki badań nad efektywnością zespolonej opieki zdrowotnej*
cz. III. *Opieka stomatologiczna w zintegrowanej i tradycyjnej strukturze*, Zdrowie Publiczne 1974 nr 12.
H. Matuszewski, S. Paździoch, M. Skalski, *Wstępne wyniki badań nad efektywnością zespolonej opieki zdrowotnej na poziomie powiatu*
cz. IV. *Opieka specjalistyczna i laboratoryjno—diagnostyczna w zintegrowanej i tradycyjnej strukturze organizacji opieki zdrowotnej*, Zdrowie Publiczne 1975 nr 1.

12 5

H. Matuszewski, H. Bajka, S. Październioch, M. Skalski, *Wstępne wyniki badań nad efektywnością zespolonej opieki zdrowotnej na poziomie powiatu*
cz. V. *Opieka szpitalna w zintegrowanej i tradycyjnej strukturze organizacji opieki zdrowotnej*, Zdrowie Publiczne 1975 nr 2.
A. Mazur, *Eksperyment wolnego wyboru dla populacji dorosłej w miejscu zamieszkania w miastach*
cz. I. Praca i Zabezpieczenie Społeczne 1986 nr 7
cz. II. Praca i Zabezpieczenie Społeczne 1986 nr 8.
A. Maynard, A. Ludbrook, *Inequality, the National Health Service and Health Policy*, Journal of Public Policy, vol. 2, part 2, May 1982.
Metody ocenty stanu zdrowia ludności oraz żarządzenie i kierowanie w ochronie zdrowia Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej, Poznań 1983.
K. Michnowska, *Fundusz świadczeń społecznych na rzecz ludności*. Problemy metodologii badań GUS Warszawa 1973.
Międzynarodowa opieka medyczna. Porównanie i ocena organizacji opieki zdrowotnej na świecie, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1976.
H. Mikulski, *Rachunek kosztów i planowanie usług społecznych, bariery, uwarunkowani, propozycje metodologiczne*, w pracy zbiorowej pod red. J. Chechlińskiego, *Finansowani świadczeń społecznych. Problemy i Metody*, PWE Warszawa 1989.
E. J. Mishan, *Spór o wzrost gospodarczy*, PiW Warszawa 1986.
M. Miśkiewicz, W. Straszewicz, *Planowanie docelowej sieci przestrzennej szpitali*, Zdrowie Publiczne 1969 nr 12.
M. Miśkiewicz, *Ochrona zdrowia*, w: *Polityka społeczna*, wyd. I. pod red. A. Rajkiewicza, PWE Warszawa 1973.
Model władzy lokalnej w systemie reformy gospodarczej, pod red. M. Kuleszy, Uniwersytet Warszawski (maszynopis)
cz. I Warszawa 1982.
cz. II Warszawa 1983.
E. Modliński, *Podstawowe zagadnienia prawne ubezpieczeń społecznych*, Wydawnictwo Prawnicze Warszawa 1968.
Z. Morecka, *Społeczne aspekty gospodarowania*, PWE Warszawa 1981.
W. Muszalski, *Ubezpieczenia społeczne, Zarys ogólny*, cz. I, ZUS Warszawa 1984.
P. F. Nederstigt, *Diagnosis Realated Groups : Een Patient georienteerd Kosteninformatiesysteem*, Utrecht 1985.
S. Z. Nagi, *Zespół leczniczy w opiece zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych*, w: *Polityka społeczna a zdrowie*, pod red. M. Sokołowskiej, J. Hołówki, KiW Warszawa 1978.
M. Nieduszyński, *Ekonomiczne aspekty odpłatności za usługi socjalne*, Zakład Budżetu Państwa, Instytut Finansów Warszawa 1970.
M. Nieduszyński, *Problematyka odpłatności i efektywności usług socjalnych*, Finanse 1971 nr 12.
M. Nieduszyński, *Odpłatność za usługi socjalne w aspekcie realizacji opieki społecznej*, Zakład Budżetu Państwa Instytut Finansów Warszawa 1971.
M. Nieduszyński, *Analiza społecznej i ekonomicznej efektywności usług zdrowia*, Studia Finansowe 1972 nr 13.
M. Nieduszyński, *Analiza jednostkowych kosztów działalności szpitali (optymalizacja działalności szpitali)*, Studia Finansowe 1974 nr 17.
M. Nieduszyński, *Mierniki w urządzeniach socjalnych i kulturalnych*, Finanse 1976 nr 10.
J. P. Newhouse, *Toward a Theory of Nonprofit Instytions : An Economic Model of a Hospital*, American Economic Review, March 1970 nr 60
S. Nowacki, *Mechanizm funkcjonowania gospodarki socjalistycznej*, PWE Warszawa 1980.
S. Nowacki, *Wewnętrznie zgodny mechanizm funkcjonowania gospodarki narodowej*, pod red. S. Dulskiego, *Studia nad wewnętrznie zgodnym mechanizmem funkcjonowania gospodarki socjalistycznej*, PWE Warszawa 1982.
Z. Ohanowicz, J. Górski, *Zobowiązania. Część szczegółowa*. PWN Warszawa—Poznań 1964.
A. Ostrowska, *Problemy zdrowia i opieki lekarskiej w opiniach społeczeństwa polskiego*, Ossolineum Wrocław 1975.
A. Ostrowska, *Socjologia kalectwa i rehabilitacji*. Wybrane problemy, Ossolineum Wrocław 1976.
S. Owsiak, *Metody budżetowania sfery nieprodukcyjnej*, Zeszyty Naukowe AE w Krakowie, nr 60, Kraków 1983.
M. V. Pauly, M. Redisch, *The Not—for—Profit Hospital as a Physiciens Cooperativs*, American Economic Preview, March 1973 nr 63.
M. V. Pauly, *Is Medical Care Different*, w: *Issves in Health Economics, An Aspen Publication*, Rocville, Maryland, London 1982.
Perspektywy zdrowotne Polski. Polska 2000. PAN Komitet Prognozowania Rozwoju Kraju „Polska 2000" 2/1987, Warszawa 1987.
J. Piasny, *Świadczenia społeczne w zakresie ochrony zdrowia*, w: *Problemy świadczeń społecznych na rzecz rodzin w Polsce i wybranych krajach socjalistycznych w latach 1975—1984*, Zeszyty Naukowe AE w Poznaniu, seria I, nr 145, Poznań 1987.
S. Piątek, *Przedsiębiorstwo użyteczności publicznej jako instytucja gospodarcza*, Instytut Organizacji Zarządzania i Doskonalenia·Kadr Warszawa 1986.
K. Piotrowska—Marczak, *Finanse sfery niematerialnej*, PWE Warszawa 1987.
K. Piotrowska—Marczak, *Dylematy reformy systemu finansowania ochrony zdrowia*, w: *Finansowe i socjonalne aspekty usług społecznych*, Acta Universitatis Lodzienzis UŁ 1987.
K. Piotrowska—Marczak, *Problemy odpłatności w zakresie usług społecznych (ze szczególnym uwzględnieniem służby zdrowia)*, Prace Zakładu Budżetu Państwa, Instytut Finansów Warszawa 1988
J. Piotrowski, *Od ubezpieczenia chorobowego do powszechnej służby zdrowia*, Polski Instytut Służby Społecznej, Łódź (bez daty, prawdopodobnie 1948).
J. Piotrowski, *Zabezpieczenie społeczne. Problematyka i metody*, KiW Warszawa 1966.

Z. Pirożyński, *Ekonomiczne aspekty wzrostu wydatków państwowych a cele oświatowo—kulturalne i socjalne*, w: *Studia podatkowe i budżetowe*, pod red. Z. Jaśkiewicza, UMK Toruń 1964.
Z. Pirożyński, *Ekonomiczne aspekty budżetowego finansowania usług*, Finanse 1964 nr 10.
Z. Pirożyński, *Koszty i źródła finansowania działalności nieprodukcyjnej*, Studia Finansowe 1969 nr 6.
Z. Pirożyński, *Budżet a finansowanie działalności nieprodukcyjnej*, Studia Finansowe 1969 nr 7—8.
Z. Pirożyński, *Założenia systemu finansowania jednostek nieprodukcyjnych*, Studia Finansowe 1977 nr 24.
Z. Pirożyński, *Makroekonomiczne uwarunkowania gospodarki terenowej*, w: *Finanse gospodarki terenowej*, pod red. J. Wierzbickiego, PWE Warszawa 1989.
J. Piwosz, *Ekonomiczna odrębność opłat za usługi socjalno—kulturalne*, w: *Studia ekonomiczno—finansowe z działalności socjalno—kulturalnej (2)*, Zeszyty Naukowe AE w Poznaniu, seria I, nr 117, Poznań 1983.
H. Pławucka, *Świadczenia pieniężne w związku z chorobą*, w: *Ubezpieczenie chorobowe*. Materiały Kolokwium Ubezpieczenia Społecznego. Wrocław wrzesień 1984. Wrocław 1984.
M. Pohorille, *Spożycie zbiorowe i świadczenia społeczne*, PWE Warszawa 1975.
M. Pohorille, *Dobrobyt społeczny (pojęcie, mierzenie, metoda analizy)*, w: *Potrzeby. Podział. Konsumpcja*, pod red. M. Pohorille, PWE Warszawa 1985.
M. Pohorille, *Podział dezyderatywny a egalitaryzm*, w: *Potrzeby. Podział. Konsumpcja*, pod red. M. Pohorille, PWE Warszawa 1985.
Polityka społeczna i służby społeczne w PRL, pod red. J. Rosnera, PWE Warszawa 1972.
B. Prandecka, *Warunki skutecznego kierowania gospodarką*, w: *Kierowanie gospodarcze*, pod red. J. Sołdaczuka, PWE Warszawa 1981.
B. Prandecka, *Funkcje opiekuńcze państwa socjalistycznego*, Studia Ekonomiczne nr 14, Instytut Nauk Ekonomicznych, PAN Ossolineum 1986.
Problemy medyczne rehabilitacji inwalidów, pod red. K. Wątorskiego, PWN Warszawa 1975.
Problemy zdrowotne Polski. Teraźniejszość i przyszłość częstszych chorób w Polsce, pod red. W. Kuryłowicza, PAN Komitet Badań i Prognoz „Polska 2000" Ossolineum Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk 1978.
Projekt założeń reformy w zakresie organizacji opieki zdrowotnej, Zespół ds reformy w opiece zdrowotnej i pomocy społecznej w zakresie organizacji opieki zdrowotnej przy Ministrze ZiOZ, Warszawa wrzesień 1988.
Projekt reformy, Zespół ds reformy opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, MZiOS Warszawa, listopad 1989 (maszynopis).
Przebudowa systemu budżetowego. Zagadnienia dyskusyjne, pod red. W. Jaworskiego, PWE Warszawa 1974.
T. Przeciszewski, *Planowanie społeczne a polityka społeczna*, PWN Warszawa 1987.
Rachunek kosztów w sferze niematerialnej — metodologia, wyniki badań, praca zbiorowa pod red. J. Chechlińskiego, Wyd. UŁ Łódź 1986.
H. Rafalski, *Ochrona zdrowia ludności wiejskiej w PRL*, LSW Warszawa 1972.
Regional Strategy for Attaining Health for All by the Year 2000, Regional Office for Europe WHO Copenhagen 1982.
A. Rajkiewicz, *Zabezpieczenie społeczne*, w pracy zbiorowej pod red. A. Rajkiewicza, *Polityka społeczna*, wyd. II, PWE Warszawa 1976.
Rehabilitacja inwalidów i innych osób niepełnosprawnych a służby socjalne, PWN Warszawa 1975.
P. Roman, *Instrumenty finansowe w kierowaniu terenowymi przedsiębiorstwami użyteczności publicznej*, w: *Finansowe podstawy rozwoju samorządności terytorialnej*, Zeszyty Naukowe AE w Poznaniu, seria I, nr 130, Poznań 1985.
K. Rogoziński, *Kategoria potrzeb w teorii ekonomii*, Ekonomista 1979 nr 3
T. Serdakowski, *Zmiana systemu finansowania bodźcem intensyfikacji pracy w szpitalnictwie*, Zdrowie Publiczne 1971 nr 10.
Skrócona klasyfikacja usług, GUS Warszawa 1985.
J. Sobiech, *Aktualne kierunki dyskusji o finansowaniu działalności nieprodukcyjnej*, Ruch PEiS 1971 nr 4.
J. Sobiech, *Usługi ochrony zdrowia i źródła ich finansowania*, w: *Z zagadnień polityki finansowej*, Zeszyty Naukowe AE w Poznaniu, seria I, nr 61, Poznań 1975.
J. Sobiech, *Ekonomiczno—finansowa problematyka rozwoju roli rad narodowych w ochronie zdrowia w Polsce Ludowej*, Ruch PEiS 1976 nr 2.
J. Sobiech, *Kierunki przebudowy metod finansowania ochrony zdrowia*, w: *Problemy finansowania działalności niematerialnej*, pod red. J. Chechlińskiego i K. Szymańskiej—Piotrowskiej, PWE Warszawa 1979.
J. Sobiech, *Terenowe planowanie ochrony zdrowia w Polsce i Czechosłowacji (studium porównawcze)*, w: *Planowanie i finansowanie działalności organów terenowych*, Zeszyty Naukowe AE w Poznaniu, seria I, nr 87, Poznań 1980.
J. Sobiech, *Kierowanie terenową opieką zdrowotną w aktualnych warunkach funkcjonowania gospodarki terenowej*, w: *Wybrane problemy aktywizacji organów terenowych*, PTPN Poznań 1982.
J. Sobiech, *Ochrona zdrowia w reformie gospodarczej*, w: *Studia ekonomiczno—finansowe z działalności socjalno—kulturalnej*, Zeszyty Naukowe AE w Poznaniu, seria I, nr 117, Poznań 1983.
J. Sobiech, *Ogólnokrajowy system kierowania opieką zdrowotną a samorządność terytorialna*, w: *Finansowe podstawy rozwoju samorządności terytorialnej*, Zeszyty Naukowe AE w Poznaniu, seria I, nr 130, Poznań 1985.
J. Sobiech, *Finansowanie i odpłatność usług społecznych*, Polityka Społeczna 1985 nr 3.
J. Sobiech, *Bariery reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej*, Ruch PEiS 1989 nr 1.
J. Sobiech, J. Wierzbicki, *Problemy terenowego kierowania zaspokojeniem potrzeb socjalnych i kulturalnych ludności*, w: *Studia ekonomiczno—finansowe z działalności socjalno—kulturalnej (2)*, Zeszyty Naukowe AE w Poznaniu, seria I, nr 167, Poznań 1987.
H. Sochacka—Krysiak, *Elastyczność systemu finansowego działalności socjalno—kulturalnej*, w: *Problemy finansowania działalności niematerialnej*, pod red. J. Chechlińskiego i K. Szymańskiej—Piotrowskiej, PWE Warszawa 1979.

H. Sochacka—Krysiak, W. Jaworski, *Finanse krajów socjalistycznych*, wyd. 2 zm., PWE Warszawa 1982.
H. Sochacka—Krysiak, M. Pietrewicz, *Gospodarka terenowa*, PWE Warszawa 1986.
H. Sochacka—Krysiak, *System finansowania zadań samorządu terytorialnego w Holandii*, Finanse 1989 nr 10—12.
H. Sochacka—Krysiak, *Podstawy organizacji oraz zakres i źródła finansowania zadań samorządu terytorialnego w Szwecji (studium porównawcze pod kątem perspektyw reformy finansów lokalnych w Polsce*, seria: Systemy finansów i cen za granicą, Instytut Finansów Warszawa 1990.
Socjalizm i ochrona zdrowia, pod red. S. J. Czikina, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekatskich Warszawa 1978.
M. Sokołowska, *Dwa style polityki zdrowotnej. Charakterystyka podstawowych typów prientavji lekarzy*, Studia Socjologiczne 1971 nr 3.
M. Sokołowska, A. Ostrowska, *Socjologia kalectwa i rehabilitacji, Wybrane problemy*. Ossolineum Wrocław 1976.
M. Sokołowska, *Dysfunkcjonalność instytucji służby zdrowia*, Studia Socjologiczne 1972 nr 4.
M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich Warszawa 1986.
M. Sokołowska, *Granice medycyny*, Wiedza Powszechna Warszawa 1980.
Stan zdrowia mieszkańców Polski w roku 1984, Państwowy Zakład Higieny Warszawa 1985.
J. W. Stephen, *Systems of Primary Health Care*, w: *Primary Care*, pod red. J. Fry, London 1980.
J. W. Stephen, *An Analysis of Primary Medical Care, An Internationale Study*, Cambridge University Press, London 1979.
R. J. Stimson, *Research Desing and Methodological Problems in the Geography of Health*, w: *Geographical Asepcts of Health*, London—Toronto 1983.
P. Sulmicki, *Planowanie i zarządzanie gospodarcze*, wyd. III, PWE Warszawa 1978.
M. Sułkowski, *Specyficzne aspekty podstawowej opieki zdrowotnej*, Zdrowie Publiczne 1980 nr 6.
M. Sułkowski, *Podstawowa opieka zdrowotna jako dziedzina medycyny*, Zdrowie Publiczne 1982 nr 9.
Cz. Surowik, *Warunki realizacji prawa do ochrony zdrowia*, Wydawnictwo UG Gdańsk 1976.
L. Swatler, *Usługi socjalne i kulturalne jako element redystrybucji dochodu narodowego*, w: *Problemy finansowania działalności niematerialnej*, pod red. J. Chechlińskiego i K. Szymańskiej—Piotrowskiej, PWE Warszawa 1979.
L. Swatler, *Finanse w polityce gospodarczej i społecznej państwa*, PWE Warszawa 1970.
System prawa administracyjnego, t. IV pod red. T. Rabskiej, Ossolineum, Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk 1980.
T. Szuba, *Leki dla wszystkich*, Zdrowie Publiczne 1985 nr 3.
T. Szuba, *Ekonomika farmaceutyczna*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1987.
W. Szubert, *Geneza, zakres i zadania socjalistycznej polityki społecznej*, w: *Polityka społeczna*, wyd. III, pod red. A. Rajkiewicza, PWE Warszawa 1979.
W. Szubert, *Ubezpieczenie społeczne. Zarys systemu*, PWN Warszawa 1987.
K. Szwemberg, *Ekonomiczne zagadnienia farmacji*, w: *Farmacja społeczna*, pod red.J. Indulskiego, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1981
K. Szwemberg, *Aktualne problemy ekonomiczne ochrony zdrowia*, Zdrowie Publiczne 1978 nr 11.
K. Szwemberg, *Koszty jednostkowe jako podstawowa cen rozliczeniowych szpitala ZOZ*, Zdrowie Publiczne 1989 nr 7—9.
B. Trąmpczyński, *Zatrudnienie i rehabilitacja zawodowa w spółdzielczości inwalidów*, Zakład Wydawnictw CRS Warszawa 1961.
K. Tymowska, *Systemy finansowe jednostek podstawowych sfery usług społecznych*, Finanse 1982 nr 8—9.
K. Tymowska, C. Włodarczyk, *Reforma w ochronie zdrowia i opiece społecznej*, w: *Usługi społeczne*, pod red. A. Łukaszewicza, PWE Warszawa 1984.
K. Tymowska, *Systemy finansowania służby zdrowia w wybranych krajach socjalistycznych i kapitalistycznych*, Informacja adresowana CINTE 1984 nr 4.
K. Tymowska, *Problemy rachunku kosztów w służbie zdrowia* (maszynopis powielony), Prace Zakładu Budżetu Państwa, Instytut Finansów Warszawa 1985.
K. Tymowska, *Źródła finansowania usług zdrowotnych w Polsce*, Ekonomista 1987 nr 2.
K. Tymowska, *Infrastruktura systemu opieki zdrowotnej i społecznej — tendencje dotychczasowego rozwoju, stan obecny, szacunek potrzeb*, w: *Perspektywy zdrowotne Polski, Polska 2000*, PAN Komitet Prognozowania Rozwoju Kraju „Polska 2000" nr 21987, Warszawa 1987.
H. Wapnaruk—Gruchman, *Niektóre uwarunkowania i problemy gospodarki finansowej stowarzyszeń kulturalnych (na przykładzie organizacji świadczących usługi muzyczne)*, w: *Studia ekonomiczno—finansowe z działalności socjalno—kulturalnej*, pod red. J. Wierzbickiego, Zeszyty Naukowe AE w Poznaniu, nr 117, Poznań 1983.
R. Wiciński, *Propozycje w sprawie zasad finansowania działalności szpitali*, Zdrowie Publiczne 1971 nr 11.
J. Wierzbicki, *Budżety terenowe w Polsce Ludowej*, PWN Poznań 1967.
J. Wierzbicki, *Budżety terenowe w systemie wieloletniego planowania budżetowego* (I, II), Finanse 1973 nr 7 i 8.
J. Wierzbicki, *Znaczenie wieloletniego planowania budżetowego dla decentralizacji zarządzania gospodarką terenową*, w: *Przebudowa systemu budżetowego. Zagadnienia dyskusyjne*, pod red. W. Jaworskiego, PWE Warszawa 1974.
J. Wierzbicki, *Usługi socjalne w systemie finansowym*, Opolskie Roczniki Ekonomiczne 1975 t. 7.
J. Wierzbicki, *Inwestycje w człowieka oraz ich efektywność*, Poznańskie Roczniki Ekonomiczne, Poznań 1979, t. XXVI.
J. Wierzbicki, *Działalność socjalno—kulturalna, źródła i formy jej finansowania*, w: *Problemy finansowania działalności niematerialnej*, pod red. J. Chechlińskiego i K. Szymańskiej—Piotrowskiej, PWE Warszawa 1979.
J. Wierzbicki, *Problemy samorządności w reformie gospodarczej*, Ruch PEiS 1982 nr 1.
J. Wierzbicki, *W sprawie organizacyjno—finansowego uwarunkowania samorządu terytorialnego w świetle nowego unormowania zasad funkcjonowania rad narodowych*, w: *Finansowe podstawy rozwoju samorządności terytorialnej*, Zeszyty Naukowe AE w Poznaniu, seria I, Poznań 1085.
J(eremi) Wierzbicki, *Rachunek usług niematerialnych w gospodarce narodowej*, PWN Warszawa 1973.

M. Wierzbowski, *Nowe prawo o stowarzyszeniach*, Państwo i Prawo 1989 nr 7.
A. Wiliams, R. Anderson, *Efficiency in the Social Services*, Brasil Blackwell and Martin Robertson, London 1975.
L. Wiszniewski, *Planowanie urządzeń kulturalnych i socjalnych*, Państwowe Wydawnictwo Gospodarcze Warszawa 1954.
C. Włodarczyk, *Strategia „Zdrowie dla wszystkich do roku 2000" jako program polityki społecznej*, Praca i Zabezpieczenie Społeczne 1987 nr 8.
C. Włodarczyk, *O prakseologicznym dylemacie polityki ochrony zdrowia*, Polityka Społeczna 1987 nr 10.
C. Włodarczyk, *Prakseologiczny dylemat polityki ochrony zdrowia w Polsce*, Instytut Medycyny Pracy w Łodzi, Łódź 1989.
World Health Organization Constitution, WHO Geneva 1960.
K. G. Wirght, *Alternative Measures of the Output of Social Programmes*, w: *Economics and Social Goals. Aspects of Public Choice*, Martin Robertson, London 1974.
K. Wyszomirski, *Spółdzielnie zdrowia w Jugosławii*, Spółdzielczy Przegląd Naukowy 1934 zeszyt 9.
K. Wyszomirski, *Spółdzielnie zdrowia na wsi*, Zakład Wydawniczy CRS Warszawa 1961.
A. S. Yerby, *Administracja zdrowa publicznego*, w pracy zbiorowej pod red. E. D. Kilbourne, W. G. Smile, *Ekologia człowieka i zdrowie publiczne*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 173.
P. Zadina, *Vyuziti regresni a korelacni analyzy pri planovani vecnych nakladu nemocnic*, Finance a Uver 1974 nr 3.
B. Zawadzka, *Pojęcie ustrojowe samorządu w państwie socjalistycznym*, Państwo i Prawo 1983 nr 9.
S. Zawadzki, *Socjalna funkcja państwa w ustroju socjalistycznym*, w: *Polityka społeczna i służby społeczne w PRL*, pod red. J. Rosnera, PWE Warszawa 1972.
A. W. Zawadzki, *Próby zastosowania rachunku ekonomicznego w finansowaniu urządzeń komunalnych, socjalnych i administracji w NRD*, Finanse 1971 nr 8.
S. Zieliński, K. Tymowska, T. Parchimowicz, *Projekt reformy systemu opieki zdrowotnej i społecznej*, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa marzec 1988.
L. Zienkowski, *Dochód narodowy. Wytwarzanie i podział*, PWE Warszawa 1970.
L. Zienkowski, *Poziom życia. Metody mierzenia i oceny*. PWE Warszawa 1979.
Z. Żołnowski, *Preparacja zorganizowanych działań zdrowotnych*, Zdrowie Publiczne 1967, Suplement nr 1.
T. Żyliński, *Społeczna służba zdrowia a ubezpieczenie chorobowe*, w: *Ubezpieczenie chorobowe*, Wydawnictwo UW Wrocław 1984.

271

Akty prawne

Rozporządzenie Prezydenta Rzeczpospolitej z 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych (Dz. U 1928 nr 38 poz. 382, zm. Dz. U 1934 nr 110, poz. 975; Dz. U 1939 nr 30 poz. 200; Dz. U. 1948 nr 55 poz. 434; Dz. U. 1949 nr 25 poz. 174; Dz. U. 1949 nr 65 poz. 530; Dz. U. 1988 nr 41 poz. 324).
Rozporządzenie Prezydenta Rzeczpospolitej z 27 października 1932 — Prawo o stowarzyszeniach (Dz. U. 1932 nr 94 poz. 808; zm. Dz. U. 1946 nr 4 poz. 30; Dz. U. 1949 nr 41 poz. 313; Dz. U. 1949 nr 45 poz. 335; Dz. U. 1950 nr 44 poz. 401; Dz. U. 1950 nr 53 poz. 489; Dz. U. 1964 nr 41 poz. 276; Dz. U. 1985 nr 36 poz. 167).
Ustawa z dnia 15 czerwca 1939 r. o publicznej służbie zdrowia (Dz. U. 1939 nr 54 poz. 342).
Ustawa z 23 października 1948 o zakładach społecznych służby zdrowia i planowanej gospodarce w służbie zdrowia (Dz. U. 1948 nr 55 poz. 434).
Dekret z 5 sierpnia 1949 — zmiana niektórych przepisów prawa o stowarzyszeniach (Dz. U. 1949 nr 45 poz. 335).
Uchwała Rady Ministrów z 19 listopada 1962 w sprawie udziału zakładów przemysłowych w organizowaniu opieki nad zdrowiem pracowników (MP 1962 nr 82 poz. 384).
Zarządzenie Min. Fin. z 24 października 1963 w sprawie szczegółowych zasad finansowych w zakresie udzielania przez zakłady przemysłowe na rzecz zakładów przemysłowej służby zdrowia świadczeń związanych z opieką zdrowotną nad pracownikami (MP 1963 nr 85 poz. 412).
Zarządzenie Min. Zdrowia i Opieki Społecznej z 10 marca 1973 w sprawie organizacji i wzorcowych statutów zespołów opieki zdrowotnej (Dz. Urz. MZiOS 1973 nr 6 poz. 28).
Rozporządzenie Min. Zdrowia i Opieki Społecznej z 20 lutego 1973 w sprawie organizacji Zespołów Opieki Zdrowotnej (Dz. U. 1973 nr 7 poz. 52).
Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 4 lipca 1975 w sprawie organizacji i wzorcowych statutów zespołów opieki zdrowotnej (Dz. Urz. Min. Zdrowia i Opieki Społecznej 1975 nr 12 poz. 38).
Zarządzenie Min. Zdrowia i Opieki Społecznej z 4 lipca 1975 r. w sprawie organizacji i wzorcowego statutu wojewódzkiego Szpitala Zespolonego oraz specjalistycznych zespołów opieki zdrowotnej (Dz. Urz. Min. Zdrowia i Opieki Społecznej 1975 nr 12 poz. 39).
Rozporządzenie Min. Zdrowia i Opieki Społecznej z 30 czerwca 1975 r. w sprawie organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. 1975 nr 25 poz. 134).
Zarządzenie Min. Zdrowia i Opieki Społecznej z 16 lipca 1980 r. zmieniające zarządzenie w sprawie organizacji i wzorcowych statutów zespołów opieki zdrowotnej (Dz. Urz. MZiOS 1980 nr 6 poz. 19).
Zarządzenie Min. Zdrowia i Opieki Społecznej z 16 lipca 1980 r. zmieniające zarządzenie w sprawie organizacji i wzorcowego statutu wojewódzkiego szpitala zespolonego oraz specjalistycznych zespołów opieki zdrowtnej Dz. Urz. MZiOS 1980 nr 6 poz. 20).
Ustawa o prawie spółdzielczym z 16 września 1982 (Dz. U. nr 30 poz. 210 art. 1).
Ustawa z 20 lipca 1983 o systemie rad narodowych i samorządu terytorialnego (Dz. U. 1983 nr 41 poz. 185. Jednolity tekst Dz. U. 1988 nr 26 poz. 183).

287

Zarządzenie Min. Zdrowia i Opieki Społecznej z 10 listopada 1982 w sprawie organizacji i ramowych statutów zespołów opieki zdrowotnej (Dz. Urz. MZiOS 1982 nr 12 poz. 61).
Zarządzenie Min. Zdrowia i Opieki Społecznej z 10 listopada 1982 r. w sprawie organizacji i ramowego statutu wojewódzkiego szpitala zespolonego oraz specjalistycznego zespołu opieki zdrowotnej (Dz. Urz. MZiOS 1982 nr 12 poz. 62).
Zarządzenie Min. Zdrowia i Opieki Społecznej z 10 listopada 1982 w sprawie organizacji i ramowego statutu wojewódzkiego szpitala (Dz. Urz. MZiOS 1982 nr 12 poz. 63).
Rozporządzenie Min. Zdrowia i Opieki Społecznej z 19 maja 1982 r. w sprawie organizacjii zadań zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. 1982 nr 15 poz. 121).
Zarządzenie Min. Zdrowia i Opieki Społecznej z 24 marca 1983 zmieniające zarządzenie w sprawie organizacji i ramowego statutu wojewódzkiego szpitala zespolonego oraz specjalistycznych zespołów opieki zdrowotnej (Dz. Urz. MZiOS 1983 nr 4 poz. 27).
Ustawa z dnia 3 grudnia 1984 — Prawo budżetowe (Dz. U. 1984 nr 56 poz. 283).
Zmiany ustawy o systemie rad narodowych i samorządu terytorialnego (Dz. U. 1988 nr 19 poz. 130).
Ustawa z 7 kwietnia 1989 — prawo o stowarzyszeniach (Dz. U. 1989 nr 20 poz. 104).
Rozporządzenie Min. Zdrowia i Opieki Społecznej z 2 maja 1989 r. zm. rozporządzenie w sprawie organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. 1989 nr 28 poz. 152).
Ustawa z 17 maja 1989 o izbach lekarskich (Dz. U. 1989 nr 30 poz. 158).
Ustawa z 8 marca 1990 r. o zmianie Konstytucji Rzeczpospolitej Polskiej (Dz. U. 1990 nr 16 poz. 94).
Ustawa z 8 marca 1990 r. o samorządzie terytorialnym (Dz. U. 1990 nr 16 poz. 95).
Ustawa z 10 maja 1990 r. — przepisy wprowadzające ustawę o samorządzie terytorialnym (Dz. U. 1990 nr 32 poz. 191).
Ustawa z 17 maja 1990 r. o podziale zadań i kompetencji określanych w ustawach szczegółowych pomiędzy organy gminy a organy administracji rządowej oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz. U. 1990 nr 34 poz. 198).

301

BIBLIOTEKA AE

Akademia Ekonomiczna w Poznaniu
BIBLIOTEKA GŁÓWNA
297031
AE00130885

ISSN 0860–3162