

Jan Kopczyński, Janusz Halik

VIII.

ZDROWIE LUDNOŚCI I JEGO OCHRONA

1. Stan zdrowia

Mimo że Polska pierwsza opuściła obóz państw komunistycznych, to przynajmniej w dziedzinie zdrowia pozostała typowym przedstawicielem tej formacji zarówno w dobrym, jak i złym znaczeniu. Zasluga rozwiązanej wspólnoty bowiem było oddalenie wielu elementarnych zagrożeń zdrowia, do dziś obecnych w Trzecim Świecie: epidemii chorób zakaźnych, niedoborów żywieniowych, przyczyn nadmiernej umieralności dzieci i kobiet, poważniejszych szkodliwości zawodowych i wielu innych negatywnych zjawisk. Natomiast kraje postkomunistyczne nadal dzieli od najbardziej rozwiniętej części świata znaczny dystans w sferze zdrowotnej, który - wbrew logice standardowego myślenia politycznego - zamiast ustępować jeszcze się pogłębia. Geneza tego stanu nie jest jednolita, co z pewnością utrudni jego przezwycięzenie.

Elementarnym przejawem niedoboru zdrowia w wymiarze zbiorowym jest w Polsce wysoka - jak na warunki europejskie - umieralność. Choć jej zwiększenie maskuje wciąż znaczny udział osób młodych w składzie ludności, to uwydatnia ją w pełni wolna od tego obciążenia jej przeciwna miara - dalsze przeciętne trwanie życia (rys. 1 i 2)[1]. Wskazuje ono, że osoba płci męskiej może w chwili urodzenia spodziewać się, przy dzisiejszym poziomie umieralności, krótszego życia niemal o 6 lat, a noworodek płci żeńskiej - o około 4 lata od życia ich rówieśników na Zachodzie. Prognoza ta zmieniła się niewiele w ciągu ostatnich 4 lat, chociaż w 1992 r. nastąpił niewielki wzrost wskaźnika przeciętnego trwania życia o około 1/2 roku (z 66,1 do 66,7 u mężczyzn i z 75,3 do 75,7 u kobiet)[1].

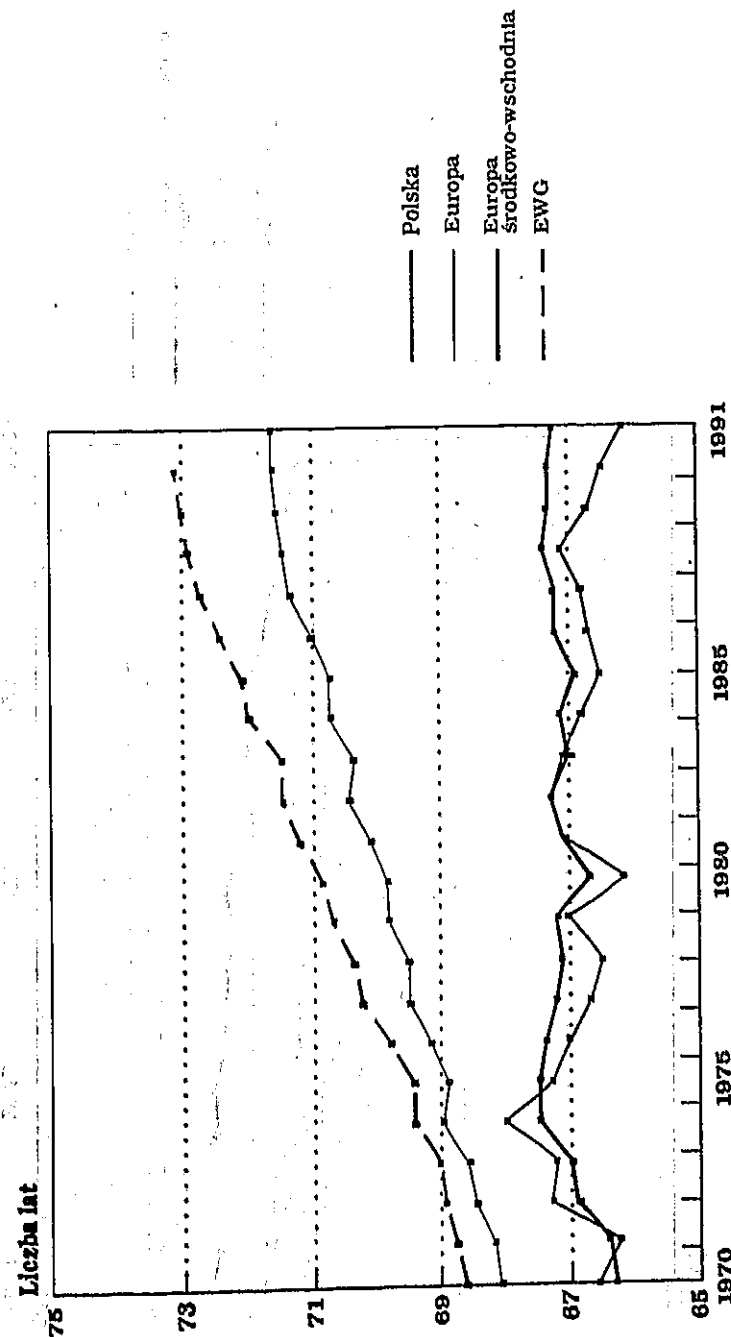
Jedną z przyczyn niekorzystnej prognozy dalszego trwania życia jest wysoka jak na warunki regionalne umieralność niemowląt. Aktualne opracowanie* umiejscawia umieralność niemowląt w Polsce w najbliższym sąsiedztwie Rumunii, dowodząc, że oba kraje pozostają daleko w tyle za innymi krajami środkowo-wschodniej Europy. Dane Biura Europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia[3] poświadczają lepsze pod tym względem położenie nawet niektórych byłych republik Związku Radzieckiego: Litwy, Białorusi czy Gruzji. Wprawdzie umieralność niemowląt obniżyła się nieco w ostatnich latach (z 19,3% w 1989 r. do 16,3% w 1993)[2], jednak tempo redukcji nie dotrzymało kroku znacznemu w ostatnich latach spadkowi rodności, który w innych krajach miał istotny wpływ na przyspieszenie tempa spadku umieralności niemowląt[4]. Najczęściej w pierwszym roku życia umierają dzieci z niską urodzeniową masą ciała (do 2,5 kg). Częstość niskiej wagi jest w Polsce wysoka i oscyluje wokół 8% ogółu urodzeń.

Określane od strony medycznej przyczyny umieralności niemowląt niewiele wyjaśniają politykom społecznym, gdyż ograniczają się często do tautologii w rodzaju "skróconego trwania ciąży", "niskiej wagi przy urodzeniu" itp. Bliższe dyrektywom działania są badania nad przyczynami wcześniactwa; w jednym z niedawno wykonanych[5] zwrócono np. uwagę na szkodliwy wpływ wczesnego macierzyństwa: jednego z korelatów upośledzenia społecznego.

Zwiększone ryzyko zgonu rozciąga się w krajach byłego bloku radzieckiego również na wiek dojrzały. Jak wskazują dane Banku Światowego [cyt. za 6], 15-letni mieszkańcy tego obszaru jest obciążony blisko 30-procentowym ryzykiem zgonu przed osiągnięciem 60 roku życia, a 15-letnia mieszkanka - ryzykiem ponad 10-procentowym, wobec o połowę mniejszego zagrożenia śmiercią osób w wieku produkcyjnym na Zachodzie. Dane Biura Europejskiego ŚOZ (cyt. za [7]) dowodzą, że pod względem liczby lat utraconych wskutek przedwczesnej (tzn. występującej przed upływem 65 roku życia) umieralności mężczyzn w Polsce zajmują w skali Europy wysoką pozycję, ustępując od gorszego skraj jedynie obywatelom państw postradzieckich oraz Węgrom (rys. 3)[7]; Polki, oddając dodatkowo pierwszeństwo Rumunkom i Albantom, lokują się w miejscu niemal równie niekorzystnym co mężczyźni.

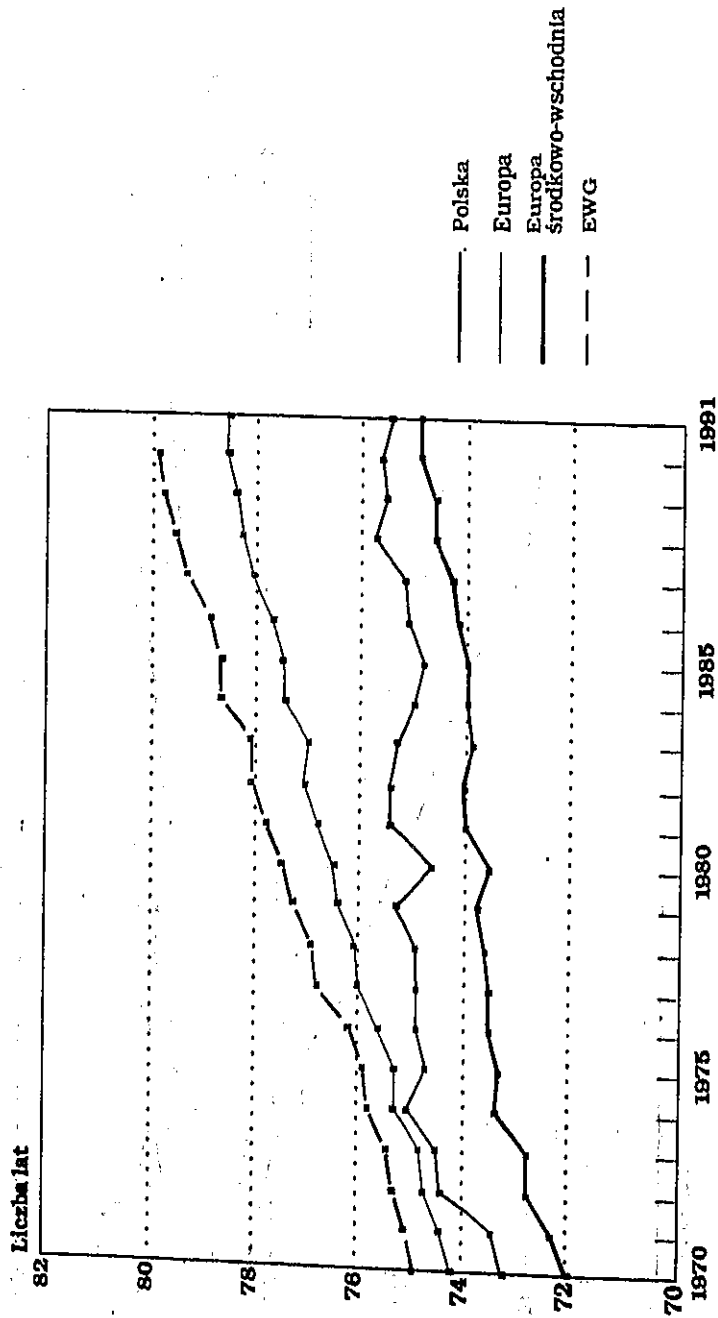
* Brzeziński Z. J., Szamotulska K., Sawińska I., Karwański M. Umieralność niemowląt, umieralność okołoporodowa i niska masa urodzeniowa noworodków w Polsce, Instytut Matki i Dziecka, Zakład Epidemiologii i Programowania Ochrony Zdrowia Kobiety, Dzieci i Młodzieży, Warszawa, 1993.

Rys. 1 Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn rodzących się w Polsce i Europie 1970-1991



Za pozwoleniem autorów pracy "Sytuacja zdrowotna Polski w r. 1992"

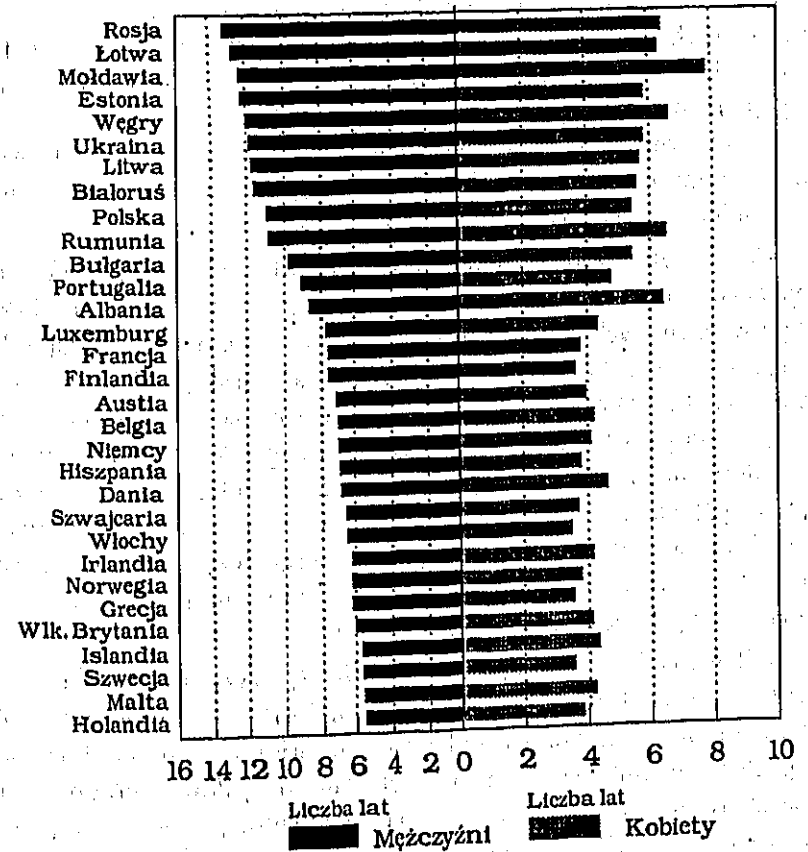
Rys. 2 Przewidywane dalsze trwanie życia kobiet rodzących się w Polsce i Europie, 1970-1991



Za pozwoleniem autorów pracy "Sytuacja zdrowotna Polski w r. 1992"

Rys. 3

Skrócenie przeciętnego trwania życia z powodu zgonów przed 65 rokiem życia w państwach europejskich



Za pozwoleniem autorów pracy "Przedwczesna umieralność ludności Polski, jej poziom i kierunki zmian na tle przeciętnej sytuacji w Europie"

Wyjawszy okres dzieciństwa, największy udział w wydźwignięciu umieralności na obecny, wysoki poziom mają w Polsce choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe oraz wypadki i zatrucia. Największy rozdzźwięk z tendencjami zachodnimi zaznaczył się w występowaniu chorób układu krążenia, ponieważ wzrost, a ostatnio stagnacja umieralności z tej przyczyny w Polsce kontrastują z wieloletnim spadkiem częstości zgonów z tego powodu w krajach Wspólnoty Europejskiej [1, 7].

W Polsce nieprzerwanie powiększa się umieralność z powodu nowotworów złośliwych, co w ostatnich latach doprowadziło do przewyższenia przeciętnych europejskich przez analogiczne mierniki krajowe [1]. Nie inaczej dzieje się ze zgonami z powodu urazów i zatruc - trzeciej pod względem częstości przyczyny zgonów w Polsce. Po 1988 r. nastąpił bardzo znaczny wzrost natężenia umieralności z tego powodu, jedynie w części związany ze wzrostem częstości wypadków drogowych; kres tej tendencji nastąpił dopiero w 1992 r. [1].

Próby wyjaśnienia tych niepomysłnych zdarzeń napotykać trudności związane zarówno z brakiem badań etiologicznych, jak i ze słabością rutynowych danych statystycznych. Nieliczne diagnozy wskazują na bliski związek powszechnego niedoboru zdrowia z niską kulturą zdrowotną społeczeństwa. Dokonana pośrednio i oparta na obcych materiałach ocena roli palenia papierosów sugeruje, że udział zgonów "odtytoniowych" w kształtowaniu przedwczesnej umieralności w Polsce jest najwyższy na świecie [8]. Ocenie tej towarzyszy niewesoła prognoza: jeżeli w dziedzinie palenia nic się w Polsce nie zmieni, to połowa mężczyzn obecnie 40-letnich nie doczeka 70 roku życia, przy czym połowa z nich umrze na choroby związane z paleniem tytoniu.

Palenie papierosów najmocniej wiąże się z ryzykiem zgonu na nowotwory złośliwe. Umieralność z powodu najbardziej "odtytoniowego" nowotworu: raka płuc rośnie nadal w znacznym tempie, szczególnie u kobiet [1], które stosunkowo późno odkryły "uroki" palenia. Przybywa także raków krtani, pęcherza moczowego i innych umiejscowień związanych z paleniem tytoniu. Zwiększa się również częstość nowotworów nie związanych z tym nałogiem, takich jak jelita czy sutka u kobiet, co wskazuje na bardziej złożone tło obecnej fali przyrostu częstości chorób nowotworowych.

Jeszcze mniej przejrzyste są przyczyny wzrostu częstości chorób układu krążenia. W wielu krajach barometrem ich rozpowszechnienia jest występowanie choroby niedokrwiennej serca - schorzenia na tle miażdżycowym, wyraźnie związanego z wadliwym trybem życia. Zasada ta po-

twierdza się w zastosowaniu do umieralności przedwczesnej w Polsce: przyrostowi liczby zgonów z przyczyn krążeniowych do 65 roku życia rzeczywiście towarzyszy znaczny przyrost choroby wieńcowej serca. Jednak choroba ta traci na znaczeniu w późniejszej starości, wyparta przez przyczyny gorzej określone. Uzasadnieniem tej zmiany może być, poza rzeczywistymi względami, pogorszenie się jakości rozpoznania przyczyn zgonu stawianych ludziom starym. Jeżeli weźmie się poprawkę na ogólnikowość werdyktów diagnostycznych, to rozpowszechnienie w Polsce przewlekłych chorób łatwiej sprowadzić do wspólnego mianownika uchybień behawioralnych. Ich pozostały repertuar rozciąga się na nadmierne picie alkoholu, błędy dietetyczne, niedostatek pozazawodowego wysiłku fizycznego oraz inne rodzaje nieprawidłowych zachowań. Z pijaństwem wiąże się w Polsce przede wszystkim wysokie zagrożenie wypadkowe: szacuje się, że około 1/4 zgonów na drodze jest spowodowana nietrzeźwością uczestników ruchu; towarzyszy ono również znacznej części zamachów samobójczych. Stwierdzono także, że nadmiernemu picu zawdzięczamy znaczną część nadmiaru zgonów mężczyzn nad zgonami kobiet: wielkość sprzedaży alkoholu w skali regionalnej wysoko koreluje z uwarunkowanymi płcią różnicami w częstości zgonów na choroby związane ze zwyczajem picia [9].

Chorzy przewlekle żyją w Polsce krócej niż na Zachodzie. Szansa przeżycia 5 lat po rozpoznaniu raka sutka, zbliżająca się np. w USA do 80%, nie przekracza w Polsce połowy przypadków [10]. Do najwyższej na świecie trzeba także zaliczyć umieralność chorych na cukrzycę [11]. Wyższa jest także umieralność w stosunku do tej samej liczby wypadków drogowych, co w części może wynikać z opóźnienia pomocy. Gorsze rokowania w chorobie potwierdzają również porównania umieralności w chorobach łatwiej oraz trudniej poddających się leczeniu: stwierdzono, że w krajach postkomunistycznych kontrast między tymi dwiema kategoriami zgonów jest mniejszy niż na Zachodzie [12].

Niektóre choroby zdarzają się w Polsce rzadziej niż w całym regionie europejskim. Mniej jest zgonów z powodu chorób układu oddechowego i pokarmowego [1]. Niższa jest też zapadalność na niektóre choroby zakaźne, szczególnie objęte obowiązkiem szczepień ochronnych. Przynajmniej przejściowo ustępujemy Europie liczbą zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu A, będące rodzajem zakażenia pokarmowego.

Wszystko to jednak składa się na bilans zdecydowanie ujemny. Stałe pogarszanie się zbiorowego stanu zdrowia skłoniło odpowiedzialne za nie władze jeszcze w połowie lat osiemdziesiątych do zaadaptowania do

warunków polskich zbioru celów i metod propagowanych przez Światową Organizację Zdrowia pod hasłem "Zdrowia dla wszystkich w roku 2000" [13]. Odpowiedni plan dojrzał do kształtu określającego praktyczne ramy działania w okresie rządu T. Mazowieckiego i został, w postaci Narodowego Programu Zdrowia [14], przyjęty do realizacji zarówno przez ten rząd, jak i sejm. Jego strategiczne cele obejmowały: odwrócenie rosnącej tendencji w umieralności z powodu głównych chorób przewlekłych; skuteczną walkę z chorobami, którym można zapobiec przy obecnym stanie wiedzy; walkę z wcześniactwem; ograniczenie głównych zagrożeń środowiskowych; skuteczniejszą walkę z próchnicą zębów u dzieci i inne. Wykonanie zadań operacyjnych umożliwiających osiągnięcie celów zdrowotnych okazało się jednak trudniejsze, niż przewidywano. W szczególności złudna okazała się nadzieja na realizację programu zdrowotnego przy okazji wprowadzania reformy służby zdrowia - zadania o podstawowym znaczeniu dla pacjentów, ale luźno związanego z programem upowszechnienia zdrowia. Sprawilo to, że dotąd wprowadzono w życie jedynie nieliczne postulaty narodowego programu zdrowia: zaostorzono niektóre przepisy ruchu drogowego, rozpoczęto rozproszone działania antynikotynowe, zaplanowano pilotaże masowych metod zapobiegawczych itp. Najdotkliwiej brakuje kompleksowości działania, co zwiększa ryzyko niepowodzeń w rodzaju uchylecia przez senat ubiegłej kadencji projektu zakazu reklamy papierosów w środkach masowego przekazu.

W 1993 r. ponowiono próbę wdrożenia programu zdrowotnego w nieco zmienionym brzmieniu; w takiej postaci został on powtórnie przyjęty przez sejm poprzedniej kadencji. Zmiana władzy nie musi automatycznie anulować programu; podobnie jak polityka fiskalna powinien on być kontynuowany bez względu na orientację kolejnej ekipy u władzy, ponieważ stanowi jedyną szansę poprawy fatalnej kondycji zdrowotnej społeczeństwa w rozsądnej perspektywie czasowej.

2. Opieka zdrowotna

Obowiązujący w Polsce do dziś system państwowej opieki zdrowotnej jest trójstopniowy. Stopień najniższy obejmuje opiekę ogólną, wyższy - służbę specjalistyczną i szpitale o ogólnym profilu, a najwyższy - szpitale specjalistyczne. Podstawą organizacji tego systemu jest nadal Zespół Opieki Zdrowotnej (ZOZ) łączący podstawowy i specjalistyczny szczebel opieki. W Polsce istnieje 380 ZOZ-ów ogólnych i 39 przemysłowych. Piąta część ZOZ-ów znajduje się w wielkich miastach, ale dwa razy tyle - w

miejsowościach bardzo małych, co jest przyczyną trwałości dotychczasowego układu.

Podstawowa opieka lekarska obejmuje opiekę ogólną, położniczą, pediatryczną i stomatologiczną; pion specjalistyczny zawiera również pogotowie ratunkowe. Specjalistyczne szpitale, rozmieszczone w województwach, obsługują przeciętnie 700 tys. osób. W opinii zachodnich ekspertów jest to liczba zbyt mała, aby uzasadnić ich istnienie; utworzone w pilotażu reformy służby zdrowia tzw. konsorcja, łączące kilka województw, mają na celu m.in. zwiększenie obszaru działania szpitali specjalistycznych.

W służbie zdrowia znajduje zatrudnienie ponad 850 tys. ludzi, w tym 84 tys. lekarzy, 45 tys. stomatologów, 17 tys. farmaceutów oraz 227 tys. pielęgniarek i położnych (1992 r.) [15]. Przeliczone na ludność liczby te są w granicach przeciętnych dla regionu europejskiego (choć zdarza się zdwojenie tego rachunku z powodu dodatkowego zatrudnienia). Również znaczne (w latach osiemdziesiątych nawet czterokrotne) różnice w rozkładzie przestrzennym kadry fachowej są dla Europy zjawiskiem zwykłym, chociaż w części krajów europejskich przewyższonym skuteczniej niż w Polsce. Jednak niski iloraz liczby pielęgniarek i lekarzy (2,5 dla końca lat osiemdziesiątych) może świadczyć o przeroście zatrudnienia lub kształcenia lekarzy. Znajduje to odbicie w rozpoczynającym się bezrobociu lekarzy i w zapobiegawczym ograniczeniu rekrutacji na uczelnie medyczne.

Do dziś przeważająca część środków na opiekę zdrowotną pochodzi w Polsce ze źródeł publicznych. Obecnie wydatki na zdrowie przekraczają 5% dochodu narodowego, co lokuje nas w dole przedziału środków przeznaczanych na ochronę zdrowia w krajach Organizacji Współpracy i Rozwoju (OECD): od 3,5% do 12% [15]. Jednostkowe wydatki na zdrowie szacuje się w Polsce na niespełna 100 dolarów amerykańskich na osobę rocznie, wobec wydatków od 700 do 1100 dolarów na osobę w krajach OECD (z wyjątkiem Turcji). W ostatnich 4 latach liczba ta jeszcze się obniżyła: z sumy stu kilkunastu dolarów na osobę do osiemdziesięciu kilku. Po 1/3 tych wydatków przypada na wynagrodzenia, środki i usługi, wśród których największy udział mają leki, oraz na ubezpieczenia społeczne i subsydia. Przewaga leków w kosztach różni nas od Zachodu, gdzie najwięcej środków pochłaniają wynagrodzenia personelu.

W krytycznym stanie znajdują się środki na inwestycje. Według opinii Banku Światowego gruntownej przeróbki wymaga 30% szpitali i przychodni. Brak pieniędzy skłania resort zdrowia do rozwiązań częściowych, co jest oceniane jako marnotrawstwo [15].

W świetle tych niedoborów formalną efektywność pomocy zdrowotnej należy ocenić pochlebnie. Według statystyki, w Polsce przypada 5 wizyt u lekarza rocznie na osobę. Około 1/10 populacji korzysta z usług szpitali: w 1992 r. zanotowano 1076 przyjęć na 10 tys. ludności. Liczba hospitalizacji powoli wzrasta: w stosunku do roku poprzedniego przyrost wyniósł około 2,5 [1], przy od lat nie zmienionej umieralności (niespełna 4%) oraz niezmiennym udziale zgonów szpitalnych w całkowitej umieralności (niespełna 40%) [1]. Trwającą nieco ponad 12 dni przeciętną długością hospitalizacji nie różnimy się także szczególnie niekorzystnie od europejskiej średniej pobytu w szpitalu. Lepiej niż przeciętnie w Europie przedstawia się sprawność pogotowia ratunkowego, oceniana według liczby wyjazdów na wezwania; jednak nadużywa się tej formy pomocy w przypadku dolegliwości, które mogłyby być leczone w przychodniach.

Chociaż jakość opieki medycznej w Polsce trzeba - w zestawieniu z jej niską ceną - ocenić pozytywnie, przez społeczeństwo jest ona oceniana krytycznie. Głównym przedmiotem skarg jest trudna dostępność świadczeń, przede wszystkim szpitalnych, ale również ambulatoryjnych, zwłaszcza specjalistycznych. Bariery te nie zawsze są fizyczne: wynikają one nader często z oporu służby zdrowia przeciwko koronnej dla systemu opieki zasadzie bezpłatności świadczeń. Przeszkodę tę nierzadko pokonuje się przy udziale układów nieformalnych, które, jak się wydaje, ulegają coraz większej fiskalizacji. Nieformalność układów lekarz-pacjent staje się także głównym hamulcem prób częściowego urealnienia wartości usług zdrowotnych, ponieważ pacjenci boją się podwójnego płacenia: w ramach układów formalnych oraz nieformalnych. Perspektywa kompensowanej przez ubezpieczenie zdrowotne odpłatności nie zawsze jest także na rękę dawcom świadczeń, ponieważ układy nieformalne bywają dla nich źródłem gratyfikacji uzyskiwanych bez uciążliwych formalności i konieczności łożenia środków na własny warsztat zawodowy. Opisany węzeł gordyjski jest niefortunną schodą po fałszywym systemie wartości, odrywającym rzeczywiste walory pracy od jej równoważnika pieniężnego. Zarobek lekarza, przekraczający na Zachodzie kilkakrotnie dochód przeciętny, w Polsce oficjalnie tej przeciętnej nie osiąga; sytuacja taka jest, w sposób niemal naturalny, generatorem "szarej strefy" wymiany dóbr i usług.

Główną trudność w świadczeniu pełnowartościowych usług stwarza jednak prosty niedobór środków, zmuszający do ograniczania ich ilości i zakresu. Nieuchronne limitowanie prowadzi do nierówności (upośledzających ludzi starych i schorowanych) na rzecz osób potencjalnie przydatniej-

szych zawodowo i mających przed sobą więcej lat życia. Są to priorytety zwykle nawet w rozwiniętych społeczeństwach, jednak lepsza organizacja mogłaby zwiększyć efektywność pomocy również w Polsce.

3. Projekty reformy opieki zdrowotnej

Entuzjazm związany ze świadomością pełnej swobody w przebudowie życia społecznego wyraźnie słabnie. Demokratyczne zasady wolnej gry politycznej sprawiły, że reforma służby zdrowia stała się polem zmagania konkurencyjnych opcji. Większość partii umieściła newralgiczny problem zdrowia Polaków w swych programach, co przyniosło wielką różnorodność projektów reformatorskich.

Szybka rotacja ekip ministerialnych utrudniła kontynuację wielu wątków reformatorskich, zapoczątkowanych przez przemianę ustrojową. Jednak żadna ze zmieniających się grup politycznych nie doprowadziła do przyjęcia ich punktu widzenia przez parlament, jedynie bowiem rozwiązania ustawowe narzuciłyby konieczność kontynuacji rozpoczętych działań naprawczych.

Sporom politycznym towarzyszyła rozbieżność opinii ekspertów. Początkowo przeważali wśród nich zwolennicy radykalnej przemiany w kierunku ubezpieczeniowej formy ustroju służby zdrowia; później wzrosła popularność tzw. zaopatrzeniowego modelu organizacji opieki zdrowotnej. Ewolucję tę należy wiązać zarówno z opinią doradców zachodnich, przestrzegających przed negatywnymi skutkami ustroju ubezpieczeniowego, jak i ze wzrostem obaw specjalistów rodzimych, którzy nie widzieli źródeł sfinansowania radykalnej przemiany oraz wątpili we własne kompetencje jako promotorów takiego przekształcenia.

Środowisko lekarskie w większości popiera ubezpieczalnianą opcję zmian, gdyż spodziewa się po niej zdolności do wypracowania większych środków na funkcjonowanie opieki zdrowotnej. Podziela ono ponadto przekonanie, że rozliczenia placówek medycznych z kasą ubezpieczalnianą lepiej powiązałyby ilość i jakość pracy lekarzy z ich zarobkami.

Na drodze do reformy stoją ponadto stare nawyki organizacyjne i finansowe. Jednym z nich jest tzw. budżet historyczny: rozdział środków finansowych między ośrodki regionalne w proporcji do istniejących zasobów, a nie potrzeb zdrowotnych. Próby przejścia na finansowanie według kryteriów epidemiologicznych czy demograficznych natrafiają na trudno-

ści strukturalne w postaci kosztów kreowanych przez realnie funkcjonujące instytucje.

Mimo aktualnego stanu niepewności proces reformy, podtrzymywany przez grupy opiniodawcze i nacisk społeczny, postępuje i jest utrwalany przez podjęte już wcześniej ustawy. Niektóre zmiany następują spontanicznie, wymuszone przez życie lub entuzjazm terenowych pracowników służby zdrowia. Część tych inicjatyw nie ma żadnych ram formalnych, stanowi tyleż świadectwo dobrej woli promotorów, co przejaw anarchizacji systemu zarządzania. Przykładem takich działań są liczne zbiórki pieniężne, przeprowadzane wśród pacjentów na rzecz instytucji i osób.

Niżej przedstawimy najważniejsze inicjatywy przeobrażeń i tendencje wyróżniające się mimo zmieniającej się koniunktury politycznej.

3.1. Reorganizacja podstawowej opieki medycznej

Postulat jej wzmocnienia jest najczęściej gloszonym hasłem ideologii reformatorskiej. Przemiana wymaga zastąpienia obecnie funkcjonujących przychodni rejonowych bardziej zindywidualizowanymi gabinetami lekarzy domowych (rodzinnych). Ma to pomóc w przewyciężeniu słabości opieki podstawowej, która w obecnej postaci zwiększa obciążenie służb specjalistycznych i szpitalnych wskutek zbędnych skierowań i zbyt częstych hospitalizacji spowodowanych niedostateczną opieką nad pacjentem w rejonie.

Dotychczasowe działania na tym polu doprowadziły już do wypracowania ideologii tej postaci działań medycznych, przyczyniły się do ustalenia wzorców wyposażenia gabinetów oraz umożliwiły szkolenie lekarzy w ośrodkach zagranicznych. Wzięto się też za dydaktykę stosując tzw. kaskadową metodę uczenia, polegającą na przekazywaniu informacji w kraju przez uczestników studiów zagranicznych. Powołano Kolegium Lekarza Ogólnego grupujące uczestników szkolenia i entuzjastów dziedziny; utrwała ono tożsamość zawodową i konsultuje władze resortowe w sprawach medycyny rodzinnej. Na akademiach medycznych powstały zakłady medycyny rodzinnej w intencji zaznajomienia studentów z zasadami działania na pierwszej linii styczności z chorym.

Przewiduje się, że lekarz rodzinny działać będzie na zasadzie wolnego wyboru, w różnych systemach własności warsztatu medycznego. Planuje się jego wynagradzanie według długości rejestru pacjentów i oddzielne honorowanie wizyt domowych, działań profilaktycznych i kontraktowej pracy w pogotowiu. Wszystkie te zasady nie doczekały się szerszej imple-

mentacji, nawet w formie badań pilotażowych. Silny jest też opór potężnego w kraju lobby specjalistycznego, dopatrującego się w opisanych projektach zagrożenia dla swej tożsamości oraz zaniepokojonego perspektywą spadku jakości świadczeń lekarskich.

3.2. Przekształcenie państwowej służby zdrowia w instytucję publiczną

Dążność do uspołecznienia instytucji służby zdrowia znalazła wyraz w ustawie o zakładzie opieki zdrowotnej z sierpnia 1991 r. [16]. Dopuszcza ona istnienie, obok zakładów utworzonych przez organy administracji państwowej, również instytucji powołanych przez organa samorządowe, związki wyznaniowe, instytucje ubezpieczeniowe, zakłady pracy, stowarzyszenia, fundacje, podmioty zagraniczne oraz osoby fizyczne.

Ustawa umożliwia własnościowe i merytoryczne zróżnicowanie zakładów sprawujących opiekę nad zdrowiem. Łączy je, mimo różnorodności, obowiązek utworzenia rad nadzorczych zobowiązanych do ochrony praw biorców świadczeń zdrowotnych. Do ich składu można powołać, obok przedstawicieli administracji państwowej i samorządowej, także mieszkańców i pacjentów.

Zgodnie z duchem ustawy planuje się powołanie instytucji krajowego rzecznika praw pacjenta. W niektórych szpitalach rozpoczęli już działalność lokalni rzecznicy praw pacjenta; ich obecność jest zwłaszcza odczuwalna w opiece psychiatrycznej, gdzie nastąpiły istotne zmiany prawne regulujące zasady hospitalizacji.

Ustawa spowodowała podział placówek medycznych ze względu na zasady finansowania na trzy kategorie: jednostki budżetowe, zakłady budżetowe i zakłady samodzielne. Zakład budżetowy może, w odróżnieniu od jednostki, pobierać opłaty; natomiast zakład samodzielny pokrywa bez reszty koszty swojej działalności i zobowiązań z posiadanych środków i uzyskiwanych dochodów.

Ustawa zobowiązuje wszystkie zakłady opieki zdrowotnej do rejestracji oraz opracowania statutu. Zasada ta jest wprawdzie stosowana powoli, ale już mniej więcej połowa publicznych zakładów opieki zdrowotnej została zarejestrowana.

3.3. Zmiana zaopatrzeniowego systemu finansowania ochrony zdrowia na ubezpieczalniany

Mimo że na początku przeobrażeń reformę wręcz utożsamiano z utworzeniem instytucji ubezpieczeń zdrowotnych, to w ostatnim okresie wzmocniła się w środowisku reformatorskim opcja budżetowa. Zmiana opinii jest skutkiem zarówno perswazji ekspertów zachodnich, jak i niezbyt zachęcających rezultatów uzyskiwanych w Czechach i na Węgrzech, gdzie energiczniej niż u nas wprowadzano ubezpieczenia zdrowotne.

Inną przyczyną wzrostu tendencji zachowawczych była różnorodność niezbyt dopracowanych projektów wprowadzenia ubezpieczeń, postulujących np. tworzenie małych lokalnych kas chorych, co byłoby ryzykowne z uwagi na znaczne różnice regionalne w sytuacji materialnej i zdrowotnej.

Wydaje się jednak, że postulat oddzielenia funduszy przeznaczonych na zdrowie od ogólnej puli budżetowej zakorzenił się na tyle mocno w świadomości społecznej, że opcja ubezpieczalniana musi choć częściowo być uwzględniona w praktyce reformy. Takie były też kierunkowe ustalenia konferencji zainicjowanej przez reprezentantów rządzącej koalicji, z udziałem przedstawicieli zarówno parlamentarnej, jak i pozaparlamentarnej opozycji [17].

Uznano na niej, że podstawowym źródłem finansowania świadczeń zdrowotnych powinien być autonomiczny i samorządny Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych. W tworzącym go systemie powszechnych ubezpieczeń składka byłaby opłacana zarówno przez pracowników, jak i pracodawców. Jego udziałowcami byłyby wszystkie grupy społeczno-zawodowe, nie wyłączając rolników, prywatnych przedsiębiorców, przedstawicieli wolnych zawodów itp. Wysokość składki determinowałaby wielkość wynagrodzenia lub dochodu. Projekt ten wymaga korekty zasad opodatkowania oraz zaliczenia składki jako kosztów uzyskania przychodów.

Budżet państwa stanowiłby główne źródło zasilania przedsięwzięć szczególnie ważnych dla zdrowia społeczeństwa. W szczególności byłby on wykorzystany do: wdrażania strategicznych programów prewencji i promocji zdrowia; ogólnopolskich programów medycznych; prowadzenia badań naukowych; wdrażania nowych technologii diagnostycznych i terapeutycznych; kształcenia kadr medycznych; utrzymania działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej; nadzoru nad jakością świadczeń zdrowotnych; kontroli środowiska pracy oraz nadzoru nad lekami [17]. Ponadto ze środków budżetowych byłyby finansowane szczególnie ważne zadania inwestycyjne o zasięgu krajowym.

Przewiduje się możliwość wyłączenia z ubezpieczeń powszechnych pewnych grup zawodowych pod warunkiem alternatywnego ubezpieczenia przez pracodawcę, zapewniającego opiekę co najmniej standardowej jakości. Dopuszcza się ponadto ubezpieczenia dodatkowe dla zapewnienia świadczeń wykraczających poza zakres gwarantowany przez ubezpieczenie powszechne.

Do wdrożenia powyższych zasad nie wystarczyłby skromny budżet ochrony zdrowia, dlatego zaproponowano przeznaczenie na ten cel części dochodów z prywatyzacji przedsiębiorstw.

O rozdziale środków finansowych na opiekę zdrowotną decydowałaby utworzona na nowo instytucja dysponenta. Jej zadaniem byłoby ustalenie zapotrzebowania na rodzaj i zakres świadczeń, kontraktowanie usług według zasady konkurencji w dostępie do środków oraz efektywności ich wykorzystania. Honorowałaby ona równouprawnienie wszystkich form własności w organizowaniu świadczeń leczniczych. Funkcja dysponenta środków finansowych musiałaby być oddzielona od funkcji dostawcy usług.

Pierwszym krokiem w kierunku stworzenia ubezpieczeń powinien być projekt ustawy określającej gwarantowany "koszyk" świadczeń podstawowych; szczegółowe propozycje takiego "koszyka" bezpłatnych usług zostały już wcześniej opracowane [18]. Pozostałe świadczenia byłyby płatne lub zapewniane przez ubezpieczenia dodatkowe. Uchwalenie ustawy pozwoliłoby na racjonalizację popytu nawet przy obecnym systemie budżetowym.

Bibliografia

- [1] Sytuacja zdrowotna ludności Polski w 1992 roku, Państwowy Zakład Higieny, Zakład Statystyki Medycznej, Warszawa, grudzień 1993
- [2] Współczynnik liczony zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia; jest on o ok. 3 punkty wyższy od przyjmowanego przez system ochrony zdrowia w Polsce.
- [3] World Health Organization, Regional Office for Europe. Eurostat. Regional Data Base: Regio. Copenhagen 1993.
- [4] Wright N.H. Family planning and infant mortality rate in the U.S. Am. J. Epidemiol. 1975; 101:182-187.
- [5] Szamotulska K. Populacyjne uwarunkowanie występowania niskiej masy urodzeniowej w Polsce. Rozprawa doktorska, PZH, 1991.
- [6] Feachem R. Health decline in Eastern Europe. Nature 1994; 367: 313-314.

[7] Wojtyniak B., Kopczyński J. Przedwczesna umieralność ludności Polski, jej poziom i kierunki zmian na tle przeciętnej sytuacji w Europie PZH, Warszawa, 1993.

[8] Peto R., Lopez A. D., Borhani I. et al. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992; 339: 1268-1278.

[9] Wojtyniak B., Chańska M., Tucholska-Zańska H., Chojecka E. Analiza nadumieralności mężczyzn w Polsce z uwzględnieniem skutków spożywania alkoholu jako jednego z czynników sprawczych. *Alkoholizm i narkomania*, lato 1991: 153-180.

[10] Wronkowski Z., Bielska-Lasota M., Romejko M. Nowotwory złośliwe w Polsce i możliwości ich zwalczania. *Medycyna* 2000 1991; 15/16: 37-41.

[11] Wang S.-L., Head J., Fuller J. H. et al. Excess mortality in ten international cohorts of diabetic patients: the WHO Multinational Study of Vascular disease in Diabetics. *Diabetes Care* 1993 (in press).

[12] Boys R. J., Foster D. P., Jozan P. Mortality from causes amenable and non-amenable to medical care: the experience of Eastern Europe. *Brit. Med. J.* 1991; 303: 879-883.

[13] Cele i zadania polskiego programu "Zdrowia dla wszystkich w roku 2000". Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa 1987.

[14] Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. Narodowy Program Zdrowia. Założenia polityki zdrowotnej Państwa. Warszawa, listopad 1990.

[15] The World Bank. Poland System Reform: Meeting the Challenge, February 1991.

[16] Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 30 sierpnia 1991 r. *Dziennik Ustaw* nr 14, październik 1991.

[17] Rekomendacje dotyczące zmian w systemie opieki zdrowotnej. Konferencja dyskusyjna na temat ochrony zdrowia, Jachranka, 29-31 stycznia 1994.

[18] Gwarancje państwa w zakresie świadczeń zdrowotnych przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, 1993 r.