

Grażyna Hereźniak*

DOSTĘPNOŚĆ USŁUG SŁUŻBY ZDROWIA A MOŻLIWOŚCI ICH KOMERCJALIZACJI
(W OPINII ORGANIZATORÓW I KORZYSTAJĄCYCH Z USŁUG)1. Cele, założenia oraz metodyka badań

Powszechnie uważa się, iż system usług służby zdrowia wymaga daleko idących modyfikacji. Wynika to nie tylko z potrzeby dostosowania zasad funkcjonowania tej sfery do wymogów reformy gospodarczej, ale przede wszystkim z niedoskonałości i wad dotychczasowego systemu organizacji i finansowania służby zdrowia. W odniesieniu do instytucji świadczących usługi medyczne zastrzeżenie budzi m. in. niedowład organizacyjny, zbiurokratyzowanie, brak racjonalnych bodźców ekonomicznych do pracy, a także marnotrawstwo środków finansowych i ludzkiej energii. W konsekwencji mamy do czynienia z niskim i wciąż pogarszającym się poziomem świadczonych usług, co bez wątpienia ujemnie wpływa na stopień usatysfakcjonowania korzystających z nich.

Równolegle zaobserwować można, iż system bezpłatnej opieki zdrowotnej sprzyja szerzeniu się postaw roszczeniowych wśród odbiorców usług, marnotrawstwu, a także nadużywaniu wielu świadczeń.

Mając zatem na względzie funkcjonujący model służby zdrowia, obecny stan bazy materialnej oraz poważnie ograniczone możliwości finansowania tej sfery należy wyrazić pogląd, iż społeczna służba zdrowia nie jest w stanie sprostać oczekiwaniom społecznym i realizować zapis konstytucyjny o powszechności, bezpłatności i równości w dostępie do usług medycznych. Zaburzenia te mogą rodzić ważne rodzaje pytań badawczych, z których najistot-

* Dr, adiunkt w Katedrze Obrotu Towarowego, Wydziału Ekonomiczno-Socjologicznego UŁ.

niejszym wydaje się być pytanie: jakie przyjąć metody i mechanizmy działania, aby wymusić efektywniejsze rozwiązania w ramach funkcjonującego systemu służby zdrowia.

Uznając, że jednym z najskuteczniejszych narzędzi, zmierzających do poprawy zasad gospodarowania w sferze ochrony zdrowia może być wykorzystanie zasady komercjalizacji w procesie podziału usług medycznych podjęto badania na temat społecznej akceptacji takiego rozwiązania. Uważamy bowiem, że aktualność i kontrowersyjność problemu sprawiają, iż kwestie z nim związane nie mogą być obojętne dla korzystających z ochrony zdrowia. Mając jednakże na względzie, iż wyrażone przez nich opinie nie mogą stanowić wyłącznej przesłanki dla dokonywania zmian o charakterze systemowym wyszliśmy z założenia, iż dla podmiotów polityki społecznej interesujące jest także poznanie opinii organizatorów usług medycznych w zakresie badanych problemów. Uwzględnienie obu tych zbiorowości jest z punktu widzenia metodologii rozwiązaniem nowym, ponieważ dotychczasowe nieliczne badania w zbliżonych obszarach problemowych oparte były wyłącznie na opinii korzystających z usług. Badania przeprowadzone zostały we wrześniu i październiku 1987 r. na terenie m. Łodzi. Podstawowym narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety składający się z 13 pytań oraz metryczki, pozwalającej na prezentację materiału w różnych przekrojach. Przyjętą do badań próbę składającą się z korzystających z usług dobrano w sposób losowy, losując dwustopniowo. W pierwszej kolejności spośród wszystkich osiedli łódzkich wylosowano 9 przyjętych do badań. W drugim stopniu, w oparciu o kartoteki administracji osiedli wylosowano 800 gospodarstw domowych, do których skierowano ankietę, z czego do badań zakwalifikowano 777 poprawnie wypełnionych. Podstawę typologii zbiorowości organizatorów obejmującej 400 osób stanowiły struktury organizacyjno-podmiotowe w sferze ochrony zdrowia. Wśród organizatorów znaleźli się:

Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej - kierownicy działów Planu i Budżetu oraz Organizacyjnego.

Zespoły Opieki Zdrowotnej - dyrektor administracyjny, zastępca dyrektora administracyjnego d. s. opieki zdrowotnej, naczelnia pielęgniarka, główny księgowy.

Szpitala - dyrektor administracyjny, naczelnny lekarz, naczelnia pielęgniarka.

Przychodnie - kierownik przychodni, kierownik Działu Organizacji i Nadzoru, naczelną pielęgniarką, główny księgowy.

Przedsiębiorstwa uspołecznione (działy socjalne) - kierownik działu socjalnego, pracownicy służb socjalnych zajmujący się organizacją służby zdrowia.

W toku weryfikacji materiału do dalszego opracowania posłużyło 356 ankiet pochodzących od organizatorów usług. Ponieważ nie dysponujemy aktualnymi danymi, które pozwoliłyby na porównanie badanej zbiorowości gospodarstw domowych z ogólną ich strukturą, przeprowadzone badania traktujemy na tym etapie opracowania jako sondaz opinii, rysujące się zatem w wyniku ich przeprowadzenia hipotezy i wnioski wymagają weryfikacji w toku dalszych, pogłębionych analiz. Zasadniczym celem opracowania jest prezentacja opinii badanych zbiorowości w zakresie następujących kwestii:

- dostępności usług medycznych z punktu widzenia jej powszechności, równości i bezpłatności,
- warunków i możliwości wprowadzenia komercjalizacji do systemu dystrybucji usług zdrowotnych,
- postulowanego modelu finansowania służby zdrowia z uwzględnieniem społecznych i indywidualnych źródeł zasilania.

Podjętym badaniom towarzyszyło generalne założenie, iż opinie obu zbiorowości w zakresie badanych problemów są różne. Ponadto na tym tle przyjęto określone założenia o charakterze szczegółowym:

- zarówno korzystający jak również organizujący i świadczący usługi służby zdrowia dostrzegają występowanie barier w zakresie dostępności tych usług, nadając im jednak różną rangę,
- obie zbiorowości w różnym stopniu wyrażają aprobatę dla wprowadzenia komercjalizacji usług medycznych, wskazując na różne warunki takiego rozwiązania,
- zbiorowość usługodawców w większym stopniu aprobuje mieszany model finansowania służby zdrowia, zasilany zarówno funduszami społecznymi jak i indywidualnymi.

2. Ocena możliwości korzystania z usług służby zdrowia

Jak wiadomo, usługi medyczne z samego założenia mają być powszechnie dostępne. Aby przekonać się, czy w rzeczywistości funkcjonujący system zapewnia pełną ich dostępność, skierowano do respondentów pytanie, jak oceniają oni możliwości korzystania z

usług służby zdrowia. Na skalę ocen składały się cztery warianty odpowiedzi: w pełni wystarczające, wystarczające, ledwie wystarczające i niewystarczające, przy czym za negatywną ocenę przyjęto dwie ostatnie odpowiedzi. Z wyrażonych opinii wynika, iż potwierdziło się nasze przypuszczenie: obie zbiorowości dostrzegają ograniczenia w dostępie do usług medycznych. Zdecydowanie jednak bardziej świadomi tych ograniczeń są usługodawcy (ok. 75% ocen krytycznych) niż korzystający z usług (ok. 55%). Znamienny jest fakt, iż odsetek respondentów, którzy oceniali możliwości korzystania z usług zdrowotnych jako w pełni wystarczające jest w obu zbiorowościach marginalny i wynosi odpowiednio ok. 5% i 4%. Wśród badanych zbiorowości, niezależnie od płci, w największym stopniu oceny krytyczne wyrażali ludzie młodzi (do 40 roku życia), a ich krytycyzm rośnie w miarę wzrostu wykształcenia. Najbardziej krytyczni są respondenci z wykształceniem wyższym¹. W grupie odbiorców usług w największym stopniu oceniali negatywnie możliwości korzystania z nich respondenci o najniższych dochodach. Prawdopodobnie wynika to z faktu, iż oni to właśnie mają świadomość ograniczonego dostępu do wielu usług medycznych. W grupie organizatorów rozkład ocen krytycznych w relacji do poziomu dochodów jest diametralnie różny i koncentruje się w grupie o najwyższych dochodach, zajmujących stanowiska kierownicze.

Przy tak wysokim udziale opinii zdecydowanie krytycznie oceniających dostępność usług medycznych, interesujące z punktu widzenia prowadzonych badań było poznanie przyczyn, które zdaniem respondentów wpływają na ograniczone możliwości korzystania z usług służby zdrowia. Ankietowanym przedstawiono listę przyczyn, prosząc o wskazanie dwóch - ich zdaniem najważniejszych. I tak w przypadku badanych zbiorowości największy odsetek udzielających odpowiedzi wyraził opinię, że możliwości korzystania z usług służby zdrowia są ograniczone, ponieważ zbyt długo trzeba czekać na poradę oraz trudno dostać się do lekarza. Na-

¹ Zależność ta znajduje potwierdzenie w badaniach Salkevera, który tłumaczy ją tym, iż grupy o wyższym wykształceniu wyrażają mniejszy popyt na usługi medyczne w stosunku do obiektywnych wskaźników stanu swego zdrowia niż grupy o niższym poziomie wykształcenia, niezależnie od cech systemowych ochrony zdrowia. Badania prowadzono w 5 krajach o odmiennych systemach ochrony zdrowia, m. in. w Polsce. D. S a l k e v e r, *Economic Class and the Differential Acces to Care Comparision amoung Health Care Systems*, "International Journal of Health Services" 1975, 5, s. 3.

leży zaznaczyć, iż pierwszej przyczynie nadają nieco większą wagę korzystający z usług (ok. 86%) niż organizatorzy (ok. 80%), którzy zdecydowanie wyraźniej dostrzegają drugą z podanych przyczyn (86%) w porównaniu do odbiorców usług (ok. 65%). Pozwala to w konsekwencji sformułować wniosek natury bardziej ogólnej, iż zarówno korzystający z usług medycznych, jak i świadczący je za główną przeszkodę w zakresie dostępności usług służby zdrowia uznają barierę natury organizacyjnej². Za najmniej ważną przyczynę ograniczającą możliwości korzystania z usług służby zdrowia respondenci obu zbiorowości uznali zbyt dużą odległość od poradni (szpitala, apteki). Że czynnik ten może stanowić określoną przeszkodę w korzystaniu z usług służby zdrowia, w nieco większym stopniu zdają sobie sprawę ich organizatorzy (ok. 6%) niż odbiorcy (ok. 3%). Wiadomo jednakże, iż generalnie może mieć on większe znaczenie poza obszarem wielkomiejskim. Nie bez znaczenia pozostaje bardzo ważny fakt, iż respondenci obu zbiorowości wskazują jako kolejną przyczynę ograniczającą możliwości korzystania z usług służby zdrowia zbyt duże koszty. Nieco większą wagę, co wydaje się logiczne, przypisują tej przyczynie korzystający (ok. 15%) niż świadczący usługi (ok. 10%). Oznaczać to może konieczność korzystania ze spółdzielczej i prywatnej opieki zdrowotnej, a także różnorakie dobrowolne bądź wymuszone opłaty na rzecz pracowników służby zdrowia³. Potwierdzają to także odpowiedzi respondentów na temat wydatków ponoszonych indywidualnie. Prawie połowa spośród korzystających z usług (ok. 49%) i ok. 1/3 (34%) spośród organizatorów usług ocenia te wydatki jako znaczne. Podczas gdy zaledwie 6% zbiorowości pierwszej i ok. 17% zbiorowości usługodawców uważa je za zupełnie niewielkie. Stąd też wnioskować można, iż mimo bezpłatnej opieki zdrowotnej

² Spostrzeżenie to potwierdzają także badania Weiss'a i Greenlicka, którzy stwierdzili, iż popyt na usługi medyczne staje się coraz bardziej wrażliwy na zmianę czasu niezbędnego do uzyskania porady, dystansu do miejsca jej uzyskania. I. E. Weiss, M. R. Greenlick; Determinants of Medical Care Utilization. The Effect of Social Class and Distance on Contacts with Medical Care System, "Medical Care" 1970, s. 8.

³ Jak wynika z badań przeprowadzonych w Polsce, opłaty nieformalne w służbie zdrowia stają się coraz częściej w świadomości pacjentów obligatoryjne, tracąc piętno patologii społecznej. Patrz szerzej na ten temat J. Hałicki, Nieoficjalne usługi w służbie zdrowia, "Wektory Gospodarki" 1987, nr 8, s. 32-33.

pacjent korzystający z niej ponosi określone koszty, obciążające bezpośrednio jego dochody osobiste. Mają tę świadomość zarówno odbiorcy jak i organizatorzy usług medycznych. W kontekście wyrażonych ocen wydaje się także, iż udział wydatków indywidualnych korzystających z ochrony zdrowia jest relatywnie wysoki⁴.

Zdaniem odbiorców usług w najistotniejszym stopniu wpływa na ponoszone wydatki konieczność korzystania ze spółdzielczej i prywatnej praktyki lekarskiej (ok. 62% wskazań). W wyrażnie mniejszym stopniu wpływa ten element na wydatki indywidualne w opinii organizatorów usług (ok. 43%). Dla tych ostatnich elementem decydującym w największym stopniu są dodatkowe wydatki na zakup lekarstw niedostępnych w aptekach (ok. 51%). Korzystający w większym stopniu (ok. 60%) niż świadczący usługi dostrzegają braki występujące w zaopatrzeniu w leki. Dla nich też zdecydowanie istotniejszy wpływ na wydatki ponoszone z kieszeni własnej mają dodatkowe opłaty związane z możliwością dostania się do określonego lekarza, czy z różnorodnymi formami podziękowań (ok. 43%).

Znamienne jest bowiem, iż wydatki związane z szeroko rozumianymi "rewanżami" dla personelu medycznego są tylko w opinii ok. 19% organizatorów istotnym elementem wpływającym na ponoszone wydatki indywidualne. Widać więc wyraźnie niechęć do ujawniania tych znanych, choć krępujących faktów, ze względu na ich nieoficjalny charakter. Opinie obu grup respondentów były zgodne co do najmniejszego wpływu na wydatki indywidualne leków nabywanych w aptekach (ok. 14%). Wynikać to może z relatywnie niskich jak dotąd cen wielu medykamentów⁵.

W świetle zaprezentowanych opinii stwierdzić można, iż konieczność ponoszenia określonych, jak się okazuje wcale nie małych wydatków indywidualnych, pomimo nieodpłatnego systemu służby zdrowia, powoduje pojawienie się określonej bariery natury e-

⁴ Udział wydatków z dochodów osobistych, z uwzględnieniem transferów nieformalnych, w całości wydatków na ochronę zdrowia w Polsce wynosi ok. 20% i jest większy niż np. w W. Brytanii, Szwecji, Norwegii, Japonii, Włoszech. Por. B. Indulski, M. Małulewicz, Pieniężne i niepieniężne bariery równości społecznej w ochronie zdrowia, cz. I. Kilka obserwacji empirycznych, "Zdrowie Publiczne" 1986, nr 4, s. 157.

⁵ Wskazuje się, iż sytuacja taka sprzyjać może nieefektywnemu ich zużyciu. Interesujące jest, że przeprowadzone na ten temat badania świadczą o wysokim spożyciu leków w Polsce w porównaniu z innymi krajami. Farmaceuci o lekach, "Służba Zdrowia" 1988, nr 2, s. 3.

konomicznej, która zdecydowanie wyraźniej, jak można było oczekiwać, dostrzegana jest przez korzystających z ochrony zdrowia. Może ona eliminować grupy słabsze ekonomicznie z możliwości korzystania z usług służby zdrowia. Co więcej, fakt występowania na tak znaczną skalę tzw. drugiego obiegu⁶, zwłaszcza w warunkach ograniczonej podaży wyraźnie potęgować może to zjawisko. Stąd też można wyrazić przypuszczenie, iż w aktualnych warunkach korzystanie w wielu usług służby zdrowia nabiera cech konsumpcji elitarniej a nie egalitarnej⁷. W tym kontekście szczególne znaczenie ma ocena egalitaryzmu w zakresie dostępności usług służby zdrowia wyrażona przez samych respondentów. Otóż prawie 3/4 badanych spośród korzystających z usług (ok. 74%) oraz ok. 64% organizatorów uważa, że nie ma równych dla wszystkich możliwości korzystania z usług służby zdrowia. Odbiorcy usług oceniali zatem bardziej krytycznie realizację zasady równości w dostępie do usług medycznych, o czym świadczy także fakt, iż tylko 18% udzielających odpowiedzi w tej grupie twierdziło, iż równość ta istnieje, przy ok. 33% wskazań wśród organizatorów. Generalnie w obu grupach badanych najwięcej ocen krytycznych wyrażają ludzie młodzi (do 40 lat życia) z wykształceniem średnim i wyższym o średnim poziomie dochodów. Relatywnie wysoki jest także udział ocen negatywnych wśród najbardziej zamożnych. Można by sądzić, iż oni to właśnie prawdopodobnie rzadziej korzystają z usług społecznej służby zdrowia, być może jednak na własnym przykładzie dostrzegają istniejące w tym zakresie nierówności.

Przeprowadzone badania wskazują, iż w odczuciu zbiorowości korzystających z usług medycznych w największym stopniu decyduje o istniejących nierównościach w dostępie do usług medycznych poziom dochodów (ok. 83%), podczas gdy organizatorzy najistotniejsze znaczenie przypisują tzw. "dobrym znajomościom" (ok. 72%), które ich zdaniem w największym stopniu naruszają zasadę egalitaryzmu. Zbiorowość korzystających dostrzega również niebagatel-

⁶ Z cyt. badań J. Halika wynika, iż ok. 25% badanych korzysta z nieoficjalnych usług służby zdrowia, ponosząc określone, nieformalne koszty z tym związane. J. H a l i k, op. cit., s. 32.

⁷ Ci, którzy w największym stopniu korzystali z nieoficjalnych usług w służbie zdrowia posiadali wysoki status społeczny, średnie i wyższe wykształcenie oraz wysoką pozycję w hierarchii zawodowej. J. H a l i k, op. cit., s. 32.

ny wpływ tego czynnika na nierówne możliwości korzystania z usług służby zdrowia (ok. 76%). W dalszej kolejności decydujące w tym względzie dla zbiorowości konsumentów jest miejsce pracy - ok. 57% (dla organizatorów ok. 46%). Ci ostatni znacznie większe znaczenie przypisują miejscu zamieszkania (ok. 27%) podczas gdy dla korzystających czynnik ten odgrywa podrzędną rolę (ok. 12%).

Opisane opinie na temat oceny egalitaryzmu w zakresie ochrony zdrowia potwierdzają nasze wcześniejsze przypuszczenia, iż mniej zamożne grupy społeczne wobec opisanych realiów mogą znajdować się w wysoce niekorzystnej sytuacji. Pogłębia się bowiem kontrast między uprzywilejowanymi i pozbawionymi tych przywilejów. Zostaje realnie zachwiana zasada powszechnego leczenia, gwarantującego równe dla wszystkich możliwości korzystania z usług społecznej służby zdrowia. Można by twierdzić, iż zanika funkcja opiekuńcza państwa w funkcjonowaniu dotychczasowego systemu służby zdrowia.

3. Postawy wobec komercjalizacji usług medycznych

Na tle ocen dotyczących szeroko pojętej dostępności usług służby zdrowia podjęto próbę poznania opinii na temat warunków i możliwości wprowadzenia odpłatności za te usługi.

Z badań wynika, że korzystający z usług medycznych wyrażają największą akceptację dla komercjalizacji w przypadku spełnienia warunku, iż z większą starannością i troską traktowano by pacjenta (ok. 86%), podczas gdy organizatorzy wymieniają ten warunek na jednym z ostatnich miejsc (ok. 29%). Na drugim miejscu aprobowana jest przez odbiorców usług możliwość wprowadzenia odpłatności, gdyby zmniejszyły się kolejki i czas oczekiwania na usługę (ok. 50%). W przypadku zbiorowości organizatorów warunek ten jest wymieniany na trzeciej pozycji (ok. 43%). Na ostatnich miejscach korzystający wymieniają: poprawę wyposażenia gabinetów (ok. 22%), rozwój placówek służby zdrowia w miejscu zamieszkania (ok. 21%) oraz zwiększenie liczby personelu (ok. 9%).

Organizatorzy usług natomiast w największym stopniu skłonni są zaakceptować wprowadzenie odpłatności, gdyby uzyskane tą drogą pieniądze przekazano na rozwój placówek służby zdrowia w miejscu zamieszkania (ok. 49%). Ich brak w wielu regionach kraju

jest powszechnie dostrzegany i stanowi istotną barierę ograniczającą możliwości świadczenia usług. Prawie równie istotnym warunkiem jest dla organizatorów poprawa wyposażenia gabinetów (ok. 44%), a także zmniejszenie kolejek i czasu oczekiwania na usługę (ok. 43%). Najistotniejsze zatem dla wprowadzenia komercjalizacji z punktu widzenia korzystających są warunki związane z poprawą jakości oraz organizacją pracy placówek służby zdrowia. Organizatorzy natomiast, co wydaje się zasadne, największe znaczenie przypisują poprawie stanu szeroko pojętej infrastruktury, tak w sensie bazy instytucjonalnej, jak też jej wyposażenia i personelu.

Analizując odpowiedzi na pytania dotyczące możliwości wprowadzenia komercjalizacji do systemu dystrybucji usług medycznych należy mieć na względzie, iż znaczna część badanych spośród korzystających nie ustosunkowała się wprost do problemu bądź nie miała w tej kwestii zdania. Obie te grupy stanowiły łącznie w przypadku zbiorowości odbiorców usług ok. 38%, podczas gdy wśród organizatorów tylko 6% nie udzieliło w tym zakresie odpowiedzi. Szczegółowa analiza wyników badań pozwala przypuszczać, iż znaczną część korzystających, którzy znajdują się w tej grupie, stanowili absolutni przeciwnicy wprowadzenia wszelkich opłat. Podkreślali oni między innymi w dużym stopniu losowy charakter zachorowań, i tak już wysokie koszty leczenia przy długotrwałej chorobie oraz wyrażali wątpliwość - czy rzeczywiście uzyskane tą drogą środki pieniężne skierowane zostaną na potrzeby służby zdrowia. Widać więc wyraźnie, jak zakładano, iż zbiorowość korzystających w zdecydowanie mniejszym stopniu dopuszcza możliwość wprowadzenia odpłatności za usługi medyczne, wskazując także na odmienne niż organizatorzy warunki takiego rozwiązania. Ci ostatni prawie wszyscy (ok. 96%) traktują je, jak się wydaje na podstawie ich wypowiedzi, jako ważne posunięcie w kierunku reformowania służby zdrowia.

Sceptyczne postawy korzystających wobec komercjalizacji usług medycznych znajdują także potwierdzenie w opiniach na temat postulowanego modelu finansowania służby zdrowia. Otóż na ich podstawie można stwierdzić, że ponad połowa spośród odbiorców usług (ok. 52%) opowiada się generalnie za bezpłatnym systemem służby zdrowia, przy ok. 8% badanych organizatorów podzielających ten pogląd.

W tym kontekście wyraźnie zaznacza się antykomercyjna postawa odbiorców usług medycznych, co znajduje także potwierdzenie w innych badaniach⁸. Znamienny jest fakt, iż prawie 80% spośród organizatorów i ponad połowa (54%) spośród korzystających z usług opowiedziała się za dywersyfikacją opłat za usługi medyczne. Przeczy to w sposób wyraźny potrzebie stosowania powszechnie zasady egalitaryzmu w podziale usług medycznych. Przedstawiciele instytucji i placówek medycznych w największym stopniu akceptują tzw. model mieszany (ok. 78%) oparty zarówno na źródłach społecznych, jak i indywidualnej odpłatności ludności, który popiera także ok. 28% odbiorców usług. Obie grupy respondentów w zbliżonym stopniu (ok. 12%) widzą możliwość stosowania pełnej odpłatności za usługi o wyższym standardzie. Można zatem wnioskować, iż w świetle opinii wyrażonych zarówno przez organizatorów, jak i korzystających rysuje się możliwość stosowania w praktyce dystrybucji poprzez ceny w służbie zdrowia, przy zachowaniu jednak znacznego obszaru usług bezpłatnych. Przyjęcie takiego rozwiązania powinno, jak się wydaje, być równoznaczne z poszukiwaniem nowych systemów ubezpieczeń. W warunkach polskich, wzorem rozwiązań w innych krajach, szczególnie adaptacyjny i społecznie akceptowany⁹ mógłby być skomercjalizowany system usług medycznych oparty na ubezpieczeniach indywidualnych.

Grażyna Hereźniak

AVAILABILITY OF HEALTH CARE SERVICES
AND POSSIBILITIES OF THEIR COMMERCIALIZATION
(IN OPINIONS OF ORGANIZERS AND SERVICE TAKERS)

The article presents results of questionnaire surveys conducted among consumers and organizers of health care services and focussed on conditions and possibilities of introducing commercialization to the distribution system of these services. Opi-

⁸ Por. A. Bogus, W. Kwiatkowska, A. Szablowski, Komercjalizacja usług społecznych w opinii ludności, "Polityka Społeczna" 1985, nr 8, s. 16.

⁹ Jak wskazują wyniki badań, 47% mieszkańców miasta i 25% wsi opowiedziało się za zalegalizowaniem nieformalnych opłat w służbie zdrowia lub wprowadzeniem pełnej odpłatności przy zachowaniu możliwości ubezpieczenia, J. Halić, op. cit., s. 33.

nions on this subject were examined within a broader context i.e. against the background of widely-understood evaluation of the existing health care system. The performed studies indicate, among others, that:

- a considerable part of the respondents belonging to both populations perceive the existence of specific barriers on the way to using health care services;

- organizers of these services perceive, to a much bigger degree, the necessity and possibility of introducing full payments for medical services than those taking them, and they also point at different conditions of such solution;

- an anti-commercial attitude tends to predominate among people using these services (more than a half of them voice in favour of the model of free health care services);

- in both groups under survey there predominate views about the necessity of diversifying charges for medical services.