

Janusz Chechliński*

ŚWIADCZENIA SPOŁECZNE I ICH FINANSOWANIE
W ŚWIETLE POLITYKI PAŃSTWA I REFORMY GOSPODARCZEJ

Zakres i struktura świadczeń społecznych jest wyrazem określonej polityki społecznej. Chodzi o regulację sytuacji ekonomicznej poszczególnych grup ludności, zaistniałej ze względów społeczno-demograficznych (np. wiek, płeć, obciążenia rodzinne). Świadczenia pieniężne są tutaj najbardziej dogodne. Wpływają na poziom konsumpcji, ale nie przesądzają jej struktury rzeczowej. Decyduje o niej konsument, dysponując środkami pieniężnymi uzyskanymi z emerytur, rent, zasiłków, stypendiów oraz pieniężnych zapomóg.

Inne zadanie spełniają wydatki ponoszone przez państwo na finansowanie usług społecznych. Tu z założenia chodzi o regulację struktury rzeczowej konsumpcji, niekiedy nawet za pomocą sankcji (przymus szkolny, przeciwdziałanie chorobom zakaźnym). Przy świadczeniach w naturze jednostka realizuje określoną konsumpcję w imię ogólnego dobra i postępu społeczno-gospodarczego. Wchodzą tutaj w grę dwa cele - zabezpieczenie społeczne i rozwój społeczny.

Regulacja finansowa, odnosząc się nie tylko do poziomu, ale także do struktury konsumpcji, polega na finansowaniu instytucji świadczenia usług, a nie poszczególnych jednostek czy rodzin. Konsument jest wyłączony z decyzji o ilości i jakości świadczeń, i dysponuje tylko tym co mu udostępniono. Oddziaływanie na konsumpcję odbywa się tutaj np. przez szkołę i dom dziecka, szpital i ośrodek zdrowia, teatr i wytwórnię filmów czy wreszcie instytucję wczasów pracowniczych.

* Prof. dr hab., kierownik Katedry Finansów Zakładu Teorii i Polityki Finansowej Uniwersytetu Łódzkiego.

System finansowania jest niezmiernie istotny. W poważnym stopniu decyduje nie tylko o poziomie zasilania, lecz także powinien sprzyjać racjonalności, rozumianej jako maksymalizacja efektu ilościowego i jakościowego lub minimalizacja nakładów przy założonych efektach.

Obserwacja zakresu i struktury świadczeń społecznych na podstawie procesu ich finansowania musi mieć dwojakie nastawienie na analizę i ocenę: 1) zakresu i form występowania świadczeń społecznych w pieniądzu i w naturze oraz 2) systemu ich finansowania, zwłaszcza w świetle reformy.

Badanie trendów świadczeń społecznych w pieniądzu i w naturze pozwala na charakterystykę polityki społecznej państwa, a także umożliwia najbardziej ogólną rejestrację zmian w sytuacji społeczno-ekonomicznej obywatela - konsumenta. Chodzi o uchwycenie zmiany zakresu w jakim państwo wpływa na konsumpcję ludności, jej poziom i strukturę rodzajową, i o odpowiedź na pytanie na ile racjonalnymi instrumentami finansowymi to realizuje? Niniejsze wywody nastawiono na analizę i ocenę strumieni pieniężnych uruchamiających świadczenia społeczne¹. System finansowania stanowi równoległy przedmiot refleksji, szczególnie w przedmiocie racjonalizacji gospodarki. W tle oceny znajduje się polityka państwa i reforma gospodarcza.

1. Świadczenia społeczne a dochód narodowy

W powojennym 40-leciu wystąpiły zdecydowane preferencje dla konsumpcji społecznej. Dynamika świadczeń społecznych wyprzedza znacznie dynamikę dochodu narodowego i budżetu państwa. Zatem dochód narodowy w cenach stałych² w latach 1970-1985, czyli w 16-leciu, le-

¹ Patrz szerzej: J. C h e c h l i ń s k i, Polityka finansowa państwa w dziedzinie świadczeń społecznych w latach 1970-1985, [w:] Finansowanie świadczeń społecznych - problemy i metody, red. J. Chechliński, Warszawa 1989, s. 38-77.

² Z 7 wskaźników dynamiki cen stosowanych przez GUS wybrano wskaźnik merytorycznie wypośredkowany. Dla lat 1970-1985 jest nim wskaźnik dynamiki cen towarów i usług konsumpcyjnych i niekonsumpcyjnych - 628,9, a dla lat 1980-1985 - 399,9. Indeks cen dla usług ogółem (konsumpcyjnych i niekonsumpcyjnych) jest najniższy - 568,7, a usług konsumpcyjnych najwyższy - 810,3. Wskaźnik arytmetycznie zbliżony do średniego dotyczy towarów i usług niekonsumpcyjnych.

gitymuje się wskaźnikiem 185, budżet państwa - 171, a świadczenia społeczne 280. Świadczenia społeczne rosną szybciej niż dochód narodowy i budżet państwa o ok. 100 punktów.

Budżet państwa dysponuje ok. połową (w latach 1980-1985 przeciętnie 48%) podzielonego dochodu narodowego, a świadczenia społeczne ze wszystkich źródeł odniesione do budżetu państwa nieco ponad połowę jego wydatków (w 1985 r. - 53%), bez dopłat do cen towarów i usług sprzedawanych ludności. W rezultacie ok. 1/4 dochodu narodowego przeznaczona jest na świadczenia społeczne. W latach osiemdziesiątych wynosi to mniej więcej tyle co akumulacja, która spada z poziomu ok. 25% do 23% i w 1985 r. stanowi idealnie tyle samo co świadczenia społeczne - 23%. Wraz z dopłatami, czyli cenami socjalnymi, świadczenia społeczne sięgają do 1/3 podzielonego (w 1985 r. - 33,5%) dochodu narodowego. W odniesieniu do budżetu świadczenia społeczne ze wszystkich źródeł i ceny socjalne składają się razem na kwotę równą (53 + 23) 76% ogółu wydatków. Tak wysoki poziom względny tego odniesienia nie oznacza oczywiście ani zaspokojenia wszelkich potrzeb społecznych na odpowiednim poziomie, ani racjonalnego wykorzystania posiadanych zasobów przez instytucje świadczenia usług społecznych.

Jeszcze bardziej symptomatycznie kształtują się udziały świadczeń społecznych i wynagrodzeń za pracę w dochodzie narodowym - te pierwsze w 16-leciu 1970-1985 rosną z 13,5% do 23%, podczas gdy wynagrodzenia za pracę spadają z 54,8% do 35,7%³.

Spadek o prawie 20% sam w sobie tłumaczy słabość podziału wg pracy w gospodarce polskiej, a co za tym idzie i degenerację najsilniejszych bodźców. Świadczenia społeczne wyprzedzają wynagrodzenia za pracę już od ponad dwóch 10-leci. Średni przyrost świadczeń

- 688. Przyjęcie najbardziej ogólnego mieszanego wskaźnika - wszystkich towarów i usług konsumpcyjnych i niekonsumpcyjnych jest mimo wszystko uzasadnione, albowiem: 1) ponad połowa świadczeń społecznych to świadczenia pieniężne obracane na towary i usługi konsumpcyjne; 2) w koszykach "oświaty, zdrowia, kultury i sztuki oraz kultury fizycznej" występuje duża porcja towarów i usług konsumpcyjnych; 3) w koszykach usług społecznych występują w znacznym rozmiarze także towary i usługi niekonsumpcyjne; wskaźnik ten jest jednocześnie uwolniony od klasycznych środków produkcji stosowanych w produkcji materialnej (wyszacowany z akumulacji - 1209,5).

³ Dane z Rocznika statystycznego GUS z 1975 r., Warszawa 1975, s. 74; z 1981, s. 111; z 1986, s. 92, 164, 175.

społecznych wynosił rocznie 10,2% w 5-leciu 1965-1970⁴. W 16-leciu 1970-1985 był jeszcze wyższy - 11,2%⁵. W tych samych przedziałach czasowych dochody z pracy przyrastały średnio co roku zaledwie o 6,5% i 2,7%⁶. Nie ulega w tych warunkach wątpliwości, że gwałtowny wzrost świadczeń społecznych w stosunku do rzeczywistych możliwości, odbył się kosztem płac i położył się cieniem na realizacji reformy. Nie sposób oczywiście postulować obniżenia świadczeń społecznych, co nie oznacza, że powiększenie ich rozmiarów może przeszkadzać w powiązaniu tempa przyrostu płac z tempem wzrostu wydajności pracy, z jakością i nowoczesnością produkcji, z oszczędnością energii, materiałów i z eksportem.

2. Dynamika i struktura świadczeń społecznych

Dynamika świadczeń społecznych w pieniądzu i w naturze jest zróżnicowana. Te pierwsze przeliczone w cenach stałych na 1 mieszkańca wzrosły w rozpatrywanym 16-leciu ponad 3 razy, a drugie - 2,5 raza. W pierwszym 10-leciu świadczenia w naturze są z reguły usytuowane powyżej 50% (sięgając nawet 57%), w następnym 5-leciu spadają poniżej 50% (1982 r. 42%). Później następuje powolny wzrost do poziomu 49%. Cały ten proces dokonał się:

1) w związku ze wzrostem przede wszystkim emerytur (przeciętnie w latach osiemdziesiątych 37% wszystkich świadczeń społecznych, także zasiłków - 12%);

2) głównie kosztem oświaty i wychowania oraz ochrony zdrowia i opieki społecznej - 18% i 18%.

Oba ostatnie rodzaje usług razem wzięte "kosztują" prawie tyle samo co emerytury. Jest charakterystyczne, że udział emerytur i zasiłków wzrósł w latach osiemdziesiątych w porównaniu do lat siedemdziesiątych, średnio o 11%, a oświaty i wychowania oraz ochrony zdrowia i opieki społecznej spadł o prawie 9%.

⁴ Dane z Rocznika statystycznego GUS z 1971 r., Warszawa 1971, w cenach bieżących - stopa inflacji przyjmowała w latach 1965-1970 wartości śladowe - ok. 2%.

⁵ Dane z Rocznika statystycznego GUS z 1975 r., 1981 r., 1986 r. - ceny stałe z 1970 r.

⁶ Dane jak w przyp. 5 niniejszego artykułu.

Reszta świadczeń pieniężnych - stypendia i pozostałe świadczenia pieniężne oraz w naturze - kultura i sztuka oraz kultura fizyczna, składają się w sumie na udział w wysokości 7,8%. W latach osiemdziesiątych świadczenia w naturze ogółem (48%) ustępują miejsca świadczeniom pieniężnym ogółem (52%).

Wskaźniki dynamiki świadczeń społecznych charakteryzują politykę finansową w sposób bardzo wyrazisty. W cenach stałych wśród świadczeń pieniężnych prym wiodą emerytury - w 16-leciu wskaźnik 350, w ostatnim 6-leciu - 121, dalej zasiłki - odpowiednio 204 i 195, pozostałe świadczenia pieniężne - 178 i 95.

Stypendia w latach osiemdziesiątych wyraźnie spadają mimo wzrostu ich średniej wysokości - 65 i 56. Zdecydował o tym spadek liczby studentów oraz uczniów liceów ogólnokształcących i szkół zawodowych (ubyło 234,3 tys. studentów i uczniów).

Jeśli chodzi o emerytury i zasiłki sytuacja ukształtowała się odwrotnie. Liczba emerytur i rencistów wzrosła w 16-leciu (z 2443 tys. do 6450 tys.) o 4 mln. Wskaźnik wzrostu liczby emerytów wynosi 264, a świadczeń emerytalnych w cenach stałych - 350, co oznacza wzrost realnej średniej emerytury i renty.

W cenach stałych wśród świadczeń w naturze w rozpatrywanym okresie 16 lat na czoło wysuwa się kultura fizyczna, sport, turystyka i wypoczynek - wskaźnik dynamiki na 1 mieszkańca 521, na drugim miejscu jest kultura i sztuka - 275,8, później oświata i wychowanie - 190,5, a na końcu ochrona zdrowia i opieka społeczna⁷ - 183,2 - w tym samym czasie podzielony dochód narodowy na 1 mieszkańca legitymuje się w cenach stałych wskaźnikiem dynamiki 162. Kolejność ta zachowana jest także w poziomie płac w tych czterech działach usług społecznych, które w 1986 r. stanowiły w stosunku do średniej płacy: 91; 87,1; 78,9; 75,9⁸.

Uszeregowanie czterech działów usług społecznych, znacznie ponad tempem przyrostu dochodu narodowego, potwierdza generalną re-

⁷ Patrz szerzej: J. C h e c h l i ń s k i, Polityka finansowa w dziedzinie ochrony zdrowia i opieki społecznej w latach 1970-1985, "Zeszyty Naukowe WSI w Opolu" 1988, s. 157-177.

⁸ Obliczenia własne na podstawie Rocznika statystycznego GUS za lata 1971-1986 oraz dane Komisji Planowania przy Radzie Ministrów, Zespół Usług Społecznych: Ocena funkcjonowania mechanizmów ekonomicznych i prawno-organizacyjnych w usługach społecznych, Warszawa, kwiecień 1987 (materiał powielony).

gułę polityki państwa o najwyższych preferencjach dla spożycia społecznego i dowodzi jego wysoce opiekuńczego charakteru w stosunku do tego, co jest do dyspozycji. Świadczy to także o tym, że do polityki płacowej nie przywiązuje się odpowiedniej wagi, szczególnie w sferze usług społecznych. To ostatnie jest rażąco niekonsekwencją w kontekście preferencji dla świadczeń społecznych i poważnym błędem, bowiem o przyroście dochodu narodowego decyduje współcześnie znacznie bardziej sfera niematerialna i praca złożona niż sfera materialna i praca prosta.

3. Dominująca rola budżetu państwa w strukturze źródeł finansowania świadczeń społecznych

Budżet PRL ma wysoce socjalny charakter i odgrywa zasadniczą rolę w procesie finansowania świadczeń społecznych. W badanym 16-leciu budżet państwa rośnie w cenach bieżących nieco wolniej (wskaźnik dynamiki - 1075) niż dochód narodowy (1166) i jego udział waha się w dochodzie narodowym między 43% (1973 r.) a 66% (w 1981 r.). W 1982 r. spada do poziomu 52%, by w ostatnich trzech latach ubiegłej pięcioletki ustabilizować się na przeciętnym poziomie 47%. Spadek, o którym mowa, ma istotne znaczenie dla świadczeń społecznych. W latach osiemdziesiątych rosną one szybko, zwłaszcza finansowane z budżetu państwa, mimo spadku dochodu narodowego w warunkach kryzysu i inflacji. W latach 1980-1982 spadek ten wyniósł 28%, a wydajność pracy - 29%. Wydatki bieżące tylko na główne rodzaje świadczeń społecznych finansowane z budżetu państwa, w tym samym czasie, wzrosły w cenach bieżących o 227%, a płace o 84%. Do zrównania tempa wzrostu płac i świadczeń społecznych doszło dopiero w grudniu 1989 r. (17%).

Ponadto świadczenia społeczne musiały się zmieścić w głównej swej części w budżecie państwa mimo spadku jego udziału w dochodzie narodowym. Uzyskano to trzema drogami:

- 1) wzrost świadczeń pieniężnych w 2/3 "amortyzowały" z punktu widzenia budżetu fundusze celowe, funkcjonujące poza budżetem;
- 2) wzrost świadczeń społecznych finansowanych z budżetu (35% świadczeń pieniężnych i 91% świadczeń w naturze) zrealizowano we-

wnątrz budżetu kosztem zwolnienia tempa wzrostu nakładów na oświatę i ochronę zdrowia;

3) przyrost ogółem świadczeń społecznych ponad dochody budżetu państwa sfinansowano w ciężar deficytu budżetowego. Nie wystarczyły tu przedsięwzięcia ograniczające wydatki, czego wyrazem było wyhamowanie tempa wzrostu budżetu państwa w stosunku do dochodu narodowego (ceny bieżące):

rok	dochód narodowy	budżet państwa
1980	100	100
1981	108	118
1983	228	195
1985	284	213

Nie można wprawdzie stwierdzić, że sztywne wydatki socjalne i dopłaty do cen towarów i usług sprzedawanych ludności (w 1985 r. usługi społeczne 55,3% + budżetowe wydatki ubezpieczeniowe 8,6% + dopłaty do cen 21,1% = 85%) są głównym nośnikiem kryzysowego wzrostu budżetu, nie sposób jednak zaprzeczyć, że były jego współczynnikiem - raz dlatego, że 85% wydatków bieżących budżetu państwa to wydatki na świadczenia i ceny socjalne, po drugie dlatego, że budżet bez dopłat finansuje 63% świadczeń społecznych. Jeśli świadczenia społeczne wraz z dopłatami do cen uznać za całość publicznej akcji socjalnej, to budżet państwa finansował w 1985 r. świadczeniami społecznymi - 35% tej akcji, a z dopłatami do cen (45%) razem 80% akcji socjalnej. Tylko 20% nakładów o charakterze socjalnym mieści się poza budżetem.

Inflacyjogenność ciężarów socjalnych budżetu państwa wynika również z analizy czynnikowej samego procesu inflacji. W badanym okresie 1981-1985 zadłużenie emisyjne rośnie do poziomu ok. 600 mld zł. Jest ono funkcją deficytów budżetowych, które przeciętnie rocznie wynosiły w tym okresie 114 mld zł, podczas gdy wzrost nawisu inflacyjnego szacuje się na 124 mld zł. Poza rokiem 1985, w którym skok nawisu o 200 mld zł był przede wszystkim funkcją manipulacji płacowych przedsiębiorstw, deficyt budżetowy jest ważnym współczynnikiem wzrostu nawisu. Wszystko wskazuje na to, że w rozpatrywanym 5-leciu klasyczna inflacja skarbowa zmajoryzowała inflację kosztową i cenową (wskaźnik dynamiki cen - 256, płac - 208), podczas gdy po roku 1985 ta ostatnia zyskała na znaczeniu. Świadczenia społeczne miały

w latach 1981-1988 wskaźnik dynamiki - 972. Zadłużenie budżetu państwa rosło wprawdzie wolniej - wskaźnik 772 - dało to jednak i tak przyrost nawisu inflacyjnego z niespełna 0,9 bln zł do 1,8 bln zł (586). W tym samym czasie ceny legitymowały się wskaźnikiem 592, a płaca o ponad 100 punktów mniej. W 1989 r. wskaźniki te wynosiły odpowiednio (od 1 stycznia do 31 grudnia) 412,6 i 267,6. Zabieg zduszenia inflacji w okresie sierpień 1989 r. - styczeń 1990 r. wywindował ceny do poziomu 710, podczas gdy płace nie przekroczyły 300. W styczniu wzrosły zaledwie o 1,3%, nadal struktura produkcji, wyrażająca się ogromną przewagą produkcji środków produkcji, ciężarem inwestycji kontynuowanych głównie w dziale produkującym środki produkcji⁹.

W tym wywodzie istotny jest także fakt, że budżety terenowe powiększają się szybciej niż budżet centralny. Różnica jest dość istotna. O ile budżet państwa rośnie w latach 1970-1985 o 178%, to budżety terenowe o 311% (budżet centralny o 140%).

Liczącym się czynnikiem tego wzrostu są wydatki na usługi społeczne, które w 5-leciu 1981-1985 stanowią przeciętnie połowę ogółu wydatków budżetów terenowych. W rezultacie w budżetach terenowych ulokowano 1/3 świadczeń społecznych i 2/3 świadczeń w naturze. Budżet centralny finansuje tylko 1/4 świadczeń w naturze, czyli usług społecznych.

Osobnego rozpatrzenia wymagają fundusze przedsiębiorstw - socjalno-bytowe i mieszkaniowe. Potrzeby bytowe bezpośrednio warunkują lub wynikają z procesu produkcji (mieszkalnictwo, szkoły przyzakładowe, żywienia zbiorowe, pracownicza służba zdrowia, szatnie i prysznice). Natomiast potrzeby socjalne są w stosunku do produkcji bardziej pośrednie (wczasy, kolonie, świetlice, domy kultury, sport, rekreacja). Fundusze socjalne przyjmują tutaj dwojaką postać - funduszy socjalnych sensu stricto i funduszy mieszkaniowych.

Fundusze bytowe stanowią integralny składnik kosztów. Ich wysokość i przeznaczenie jest w pełni funkcją decyzji uznaniowych.

⁹ Patrz: G. W. K o ł ł o t k o, Polska w świecie inflacji, Warszawa 1987, s. 177-207.

Wysokość funduszy socjalnych i mieszkaniowych jest regulowana systemowo (narzuty na koszty) i uznaniowo - z funduszu dla załogi, a ich redystrybucja jest w obu przypadkach w pełni uznaniowa.

Fundusze przedsiębiorstw na cele społeczne rosną w cenach bieżących i stałych w 16-leciu szybciej (1950 i 310) niż świadczenia społeczne ogółem (1600 i 250). Tempo wzrostu tych funduszy jest także znacznie szybsze od dynamiki w cenach stałych dochodu narodowego (185), budżetu państwa (171), budżetów terenowych (213) i świadczeń społecznych ogółem (280).

W 1985 r. wynoszą one 285 mld zł, z czego na socjalno-bytowe przypada 256 mld - mniej więcej po połowie socjalne i bytowe, a na mieszkaniowe - 29 mld zł.

Udział funduszy przedsiębiorstw uspołecznionych jest w ogóle świadczeń społecznych znaczny. W latach siedemdziesiątych sięgają one od 15% do 17%. Kryzys lat osiemdziesiątych obniża je do 11%, a później udział ten winduje się powrotnie na poziom 15%. Polityka finansowa realizowana przez przedsiębiorstwa oscyluje między rzeczywistymi potrzebami wytwarzania a naciskiem pracowników. Fundusze bytowe nie podlegają tutaj dyskusji. Powinny pozostać w przedsiębiorstwie. Fundusze socjalne są natomiast typowym przykładem kompromisu dwojakiego rodzaju - między państwem i przedsiębiorstwem oraz między potrzebą pozyskiwania pracowników a kosztami akcji socjalnej. Zakres funkcji społecznych przedsiębiorstwa nadal pozostaje przedmiotem dyskusji.

4. Progi finansowania przedmiotowego

Wynikają one z natury usług i ze społecznego ich charakteru:

a) w usługach "wytwarzanie" łączy się z "konsumpcją" w danym czasie i miejscu;

b) "uspołecznienie" usług tworzy konieczność całkowitej lub częściowej rezygnacji z odpłatności.

Obie te właściwości tworzą szczególnie wielkie trudności przy konstruowaniu takich mechanizmów ekonomicznych, które mogą zapewnić uruchomienie bodźców maksymalizacji liczby świadczeń i poprawy ich jakości przy danych nakładach lub minimalizacji nakładów przy danych zadaniach ilościowych i jakościowych.

W sferze niematerialnej usługa nie da się wyodrębnić jako standardowa jednostka tego samego rodzaju, "wyrób" nigdy nie występuje bowiem samodzielnie, w oderwaniu od procesu wytwarzania i konsumpcji.

Ocena jakości jest bardzo trudna. Towar poddaje się ocenie zobiektywizowanej (towaroznawczej). Właściwą metodą oceny usług jest natomiast badanie opinii odbiorców (np. pacjentów, widzów, wczasowiczów, uczniów i rodziców), specjalistów (np. lekarzy, nauczycieli, naukowców) oraz czynników prowadzących politykę społeczną. Opinie odbiorców nie muszą być kompetentne tylko dlatego, że świadczenia są do nich adresowane. Także organy fachowe i administracyjne nie wydają opinii z założenia obiektywnych, nie można bowiem wykluczyć błędu i prób uniknięcia odpowiedzialności.

Szczególnie w oświacie i ochronie zdrowia brak prawdziwego rynku i ceny usług społecznych, nawet jeśli są w jakimś stopniu odpłatne. Komplikuje to wartościowanie potrzeb i rezultatów działalności. Popyt wypłacalny zastępuje w niemałym stopniu decyzja planistyczna. Badanie rzeczywiście uzasadnionego popytu winno być oparte o możliwie zobiektywizowane metody. Brak strumienia pieniężnego, płynącego przeciwległe do strumienia usług społecznych, poważnie utrudnia rachunek kosztów. Stąd mniej lub bardziej mechaniczna ekstrapolacja trendu statystycznego najczęściej zastępuje planowanie problemowe. Na tej drodze "przenosi się przeszłość w przyszłość", co obniża wartość planowania w ogóle. Alternatywą tej metody może być tylko pogłębiony rachunek kosztów jako podstawa wszelkiego finansowania - przedmiotowego, podmiotowego i zryczałtowanego.

Usługi społeczne wytwarzane w jednym podmiocie organizacyjnym są zazwyczaj różnorodne. Utrudnia to dobór mierników (nośników) kosztów jednostkowych. Są to nie tyle mierniki efektu co samej działalności (np. osobodzień, hospitalizowany, porada, uczeń, klasa, widz lub miejsce). Ten sam wskaźnik, np. w szpitalu liczba hospitalizowanych, na którą przelicza się koszty, jest tylko wtedy właściwy, jeśli w poszczególnych szpitalach nie występują:

a) różne oddziały podstawowe (np. interna, chirurgia, położnictwo) i ich udział w kosztach całego szpitala, międzyoddziałowe jednostki pomocnicze - diagnostyczne i lecznicze (np. EKG, EEG, USG, rentgen, blok operacyjny, rehabilitacja, apteka), jednostki obsługi-gospodarcze (np. dział techniczny, kuchnia, pralnia) oraz

wszelkie jednostki administracyjne; wszystkie typy oddziałów i jednostek organizacyjnych szpitala mogą mieć i mają różne rozmiary i wagę kosztową; jest przy tym znamienne, że nawet terenowe szpitale ogólne, nie mówiąc już o specjalistycznych, mają różną strukturę organizacyjną we wszystkich tych przedziałach;

b) różna struktura zachorowań wg jednostek chorobowych;

c) w ramach tej samej jednostki chorobowej różny poziom i struktura nakładów na diagnostykę, leczenie i rehabilitację szpitalną w poszczególnych przypadkach.

W rachunku kosztów szczególną trudność sprawia różny stopień reakcji poszczególnych rodzajów kosztów na zmianę wartości miernika (nośnika) kosztów jednostkowych, opartego np. na mierniku: hospitalizowany, porada, uczeń, oddział w szkole itd. - zmiana skali działalności powiększa lub zmniejsza koszty w różnym stopniu.

Osobną komplikację stanowi rodzaj zależności między poszczególnymi rodzajami kosztów a miernikiem - nośnikiem. Zmiana wartości nośnika (np. wzrost lub spadek liczby hospitalizowanych) może spowodować trzy zasadnicze sytuacje, w których:

a) koszty rosną lub spadają proporcjonalnie do zmiany wartości nośnika i jest to wówczas tzw. zależność prostoliniowa;

b) koszty nie rosną lub nie spadają proporcjonalnie, co daje zależność krzywoliniową, przy różnym przebiegu krzywej dla poszczególnych rodzajów kosztów;

c) różne rodzaje kosztów rosną lub spadają częściowo prostoliniowo a częściowo krzywoliniowo.

5. Założenia finansowania przedmiotowego i podmiotowego w reformie - próba oceny projektów i wdrożeń

Reforma jest zaawansowana w dziale "kultura i sztuka". Zaistniały ku temu odpowiednie warunki - tradycja odpłatności i choć odniesione bardziej do działalności niż do efektu, to jednak stosunkowo jednorodne i dogodne mierniki, takie jak: bilet na miejsce w teatrze, kinie, wypożyczenie książki w bibliotece. Te ostatnie pozwalają na ocenę stopnia wykorzystania infrastruktury. To nie jest bez znaczenia, np. dla powiązanych z nim dotacji budżetowych, lokuje bowiem taką formę finansowania na styku z finansowaniem przed-

miotowym. Utworzenie Funduszu Rozwoju Kultury ze sparametryzowanymi dochodami i czterech takich funduszy docelowych, jak: Fundusz Literatury, Fundusz Popierania Twórczości Plastycznej, Narodowy Fundusz Rewaloryzacji Krakowa i rozczłonkowany terenowo Fundusz Odnowy Zabytków, podniosło poziom zasilania kultury. Jest on obecnie realizowany obok budżetu także z wpływów ze sprzedaży biletów i innych środków własnych jednostek upowszechniania kultury oraz z środków zakładów pracy. Zwiększenie strumienia zasilającego wiązało się nie tylko ze wzrostem odpłatności, lecz również z wyższym stopniem powiązania wydatków z dochodami. W dziale tym występują bowiem:

- 1) przedsiębiorstwa użyteczności publicznej (RTV, kina, teatry, filharmonie, instytucje artystyczne) samofinansujące się i wspierane przedmiotowymi bądź podmiotowymi dotacjami budżetowymi;
- 2) zakłady budżetowe (biblioteki, domy kultury);
- 3) zakłady finansowane przedmiotowo (np. pewne programy telewizyjne i radiowe) z budżetów i funduszy celowych.

Stosunkowo wysokim poziomem zasilania legitymuje się również kultura fizyczna. Wyższe ceny i podwyższona odpłatność powiększają dochody własne przedsiębiorstw i zakładów budżetowych. Politykę społeczną realizuje się natomiast poprzez zwolnienia od podatku od płac i podatku dochodowego (rehabilitacja, rekreacja, szkolenie kadr, naprawa i wypożyczanie sprzętu, udostępnianie bazy). Kultura fizyczna, podobnie jak kultura i sztuka, funkcjonuje w trzech układach ekonomiczno-organizacyjnych: 1) przedsiębiorstwa, 2) zakłady budżetowe i 3) zadaniowe finansowanie przedmiotowe bezpośrednio z budżetu. Czerpie także środki z wielu, tych samych źródeł co kultura i sztuka, źródeł: budżet, środki własne jednostek upowszechniania kultury fizycznej (sport, turystyka, wypoczynek), środki zakładów pracy, fundusze celowe. Budżet traci po 1982 r. na znaczeniu i punkt ciężkości zasilania przesuwają się na fundusze celowe (Centralny Fundusz Rozwoju Kultury Fizycznej i Sportu, Centralny Fundusz Turystyki i Wypoczynku - razem prawie 97% środków publicznych) i środki ludności (wzrost odpłatności głównie turystyki krajowej i zagranicznej oraz wczasów dla dzieci i młodzieży).

W oświacie i wychowaniu reforma utrzymała finansowanie podmiotowe, a zmiany ograniczyły się do:

- 1) przeniesienia środków budżetowych przeznaczonych na tzw. przedmioty nietrwałe (pomoce naukowe) - na rok następny;

2) wprowadzenia cen umownych na wyroby warsztatów szkolnych;
3) rozszerzenia uprawnień do przeniesień między podziałkami budżetowymi;

4) pełne przeformułowanie systemu podmiotowego finansowania szkół wyższych - połączenie małych dochodów własnych i ogromnych wydatków budżetowych w formule rachunku wynikowego z amortyzacją od aparatury i sprzętu włącznie; mimo nowych rozwiązań siła stymulacyjna tej formy finansowania nie może być licząca się, z uwagi na małe dochody własne.

Projekcja zmian jest w ochronie zdrowia i opiece społecznej najdalej zaawansowana¹⁰.

W okresie przejściowym reforma (projekt z 1986 r.) siłą rzeczy sprowadza się do modyfikacji systemu finansowania podmiotowego we wszystkich jego formach - jednostki budżetowe, zakłady budżetowe, środki specjalne, gospodarstwa pomocnicze.

Podstawowe modyfikacje ekonomiczno-finansowe dokonywane obecnie w obszarze finansowania podmiotowego skierowane są przede wszystkim na:

- a) rozluźnienie podziałki budżetowej, co ma miejsce we wszystkich rodzajach jednostek budżetowych sfery usług społecznych; oznacza to rozszerzenie uprawnień w zakresie przeniesień budżetowych;
- b) niewygasanie uprawnień do dokonywania pewnych rodzajów wydatków po upływie roku budżetowego.

Uprawnienia do przeniesień budżetowych ogranicza się do jednej grupy wydatków w ramach:

- 1) wynagrodzeń,
- 2) pochodnych od wynagrodzeń,
- 3) wydatków na leczenie,
- 4) wydatków na zakup sprzętu i wyposażenia medycznego,
- 5) wydatków na żywienie,
- 6) pozostałych wydatków rzeczowych.

Docelowo reforma (projekt z 1986 r., 1988 r., 1989 r.) nastawia się na przedmiotowe finansowanie zadań planowych, początkowo w po-

¹⁰ Patrz szerzej J. C h e c h l i ń s k i, Gospodarka finansowa ochrony zdrowia i opieki społecznej - punkty wyjścia i założenia reformy, "Finanse" 1988, nr 4; i d e m, Etapy, projekty i metody finansowania ochrony zdrowia i opieki społecznej - próba oceny założeń reformy, "Finanse" 1988, nr 5.

łączeniu z budżetowaniem netto, później na podstawie cen rozliczeniowych. Generalnie biorąc jest to finansowanie wg liczby zadań planowych. Uznaniowość pojawia się tutaj już w punkcie wyjścia - stwierdzenie przez organ nadrzędny zadań planowych przy ogólnym, opisowym określeniu jakości planowanych potrzeb. Szczególne znaczenie ma tutaj wyeliminowanie tzw. miękkiego planowania, tzn. ustalenia zadań na poziomie rzeczywistych, a nie jak najniższych możliwości wytwórczych. Poważne znaczenie ma także właściwa ocena punktu wyjścia tak, aby możliwie zbliżyć warunki startu tego samego rodzaju jednostek organizacyjnych. Ma to szczególną wagę w powiązaniu z budżetowaniem netto i przy "sprzedaży" opartej na wynegocjowanych cenach rozliczeniowych, odbija się na możliwościach powiększenia strumienia finansowego przy wzroście zadań ponad plan, a pomniejszenia przy zadaniach wykonanych poniżej poziomu planowego, a także w związku z premiowaniem wykonania zgodnego z planem i ponadplanowego. Dylemat powstaje przede wszystkim w kontekście z kosztami zmiennymi, które różnie reagują na zmianę skali wytwarzania (na zmianę wartości miernika wytwarzania) w poszczególnych rodzajach jednostek, zależnie od infrastruktury, od wyposażenia w sprzęt techniczny i aparaturę, od systemów opłacania pracy itd.

Najbardziej godna zaakcentowania jest tutaj niezbędność kompleksowego, rzeczowego i finansowego planowania w podstawowych jednostkach organizacyjnych świadczenia usług społecznych z jednej strony oraz zgodność kierunkowa i bilansowa z drugiej w dwóch zakresach - zadań i środków ich realizacji, z NPSG i budżetem państwa, planami i budżetami terenowymi oraz potrzeb państwa, także specyficznych potrzeb terytorialnych, z warunkami materialno-technicznymi i sytuacją kadrową jednostki. Inaczej mówiąc kompleksowe planowanie musi być wewnętrznie i zewnętrznie zgodne, a planowanie budżetowe określa:

- a) wynikające z potrzeb ludności oraz przypisane ogólnie zadania i nakłady państwowych i terenowych organów władzy;
- b) planowe zadania jednostek w zakresie świadczeń;
- c) niezbędne zabezpieczenie materiałowo-techniczne, kadrowe oraz istniejąca infrastruktura;
- d) taryfy opłat, dopłaty i normatywy.

Trzeba się oczywiście liczyć z trudnościami i sprzecznościami przy uzgadnianiu treści planów oraz ustalaniu punktów wyjścia, tak

po stronie jednostek podstawowych, jak i ogniw pośrednich, jeśli te ostatnie w ogóle powinny istnieć w dotychczasowej formie (Zespoły Opieki Zdrowotnej i zniesione już Zespoły Ekonomiczno-Administracyjne w oświacie i wychowaniu) oraz organów nadrzędnych, zobowiązanych do wstępnych ustaleń kierunkowych (zasady, wskaźniki) i decyzji zatwierdzających, zmieniających oraz zastępujących. Nie można się tu ograniczyć do bieżących wskaźników ilościowych dotyczących świadczeń. Równie ważne są perspektywiczne wskaźniki odnowienia i rozwoju infrastruktury oraz dotyczące poziomu środków finansowych przeznaczonych na modernizację i inwestycje.

Reforma w ochronie zdrowia w projekcie z 1986 r. wprowadza finansowanie przedmiotowe, powiązane z budżetowaniem netto. Ma to być finansowanie ex post, czyli "za plan", operujące jednym miernikiem, np. hospitalizowany lub porada ze względu na różne wagi całej, rodzajowej struktury świadczeń szpitala czy przychodni. Na marginesie powstaje tutaj pytanie, skąd wziąć pieniądze w ciągu kwartału lub półrocza, jeśli rozliczenie ma nastąpić na koniec tych okresów? Jeśli nie z kredytu a z budżetu, to będzie to siłą rzeczy finansowanie "pod plan", a więc w istocie finansowanie o wszelkich cechach "podmiotowości", podczas gdy jest ono w pełni adekwatne jedynie w odniesieniu do kosztów stałych jednostki.

Budzi zastrzeżenia koncepcja jednego miernika - hospitalizowany (leczony w szpitalu) ze względu na losową zmienność kosztów oddziałów podstawowych, pomocniczych, a także w związku z tzw. strukturą zachorowań (wg jednostek chorobowych).

Inna wątpliwość wynika z propozycji finansowania przedmiotowego na miarę wykonania planu. Finansowanie przedmiotowe odnosi się tylko do kosztów zmiennych. Jest to chcąc nie chcąc finansowanie retrospektywne, ex post, na podstawie oceny w kontekście z planem procesu, który już przebiegł. Ponieważ nie może tutaj wchodzić w grę, przynajmniej jak dotąd, kredyt bankowy, zatem mogą wystąpić takie zasadnicze możliwości, jak:

a) finansowanie zaliczkowe pod plan; w przypadku przekroczenia planu dofinansowanie na miarę przyrostu liczby hospitalizowanych lub porad; w przypadku odwrotnym nie można odebrać (refundować) środków, bo zostały już wydane i można jedynie operować zmniejszeniem premii i funduszy socjalnych oraz mieszkaniowych, jeśli takie występują; w NRD finansowało się w tym trybie tylko niektóre jed-

nostki, w których można było precyzyjnie ustalić jednostkę efektu oraz także równocześnie, w których możliwe i wskazane było regulowanie liczby świadczeń;

b) finansowanie po dokonaniu oceny stopnia wykonania zadań planowych; niewykonanie planowych zadań musi spowodować konieczność rozliczania i potrącania na koniec roku przeznaczonych na ten cel środków finansowych oraz odprowadzenie ich do budżetu bądź na rachunek rezerwy.

Finansowanie z rachunku rezerwowego działałoby jak swoisty fundusz ubezpieczeniowy z tym tylko, że brak by mu było zobiektywizowanych podstaw. Nie można z góry założyć jego zbilansowania w stosunkowo krótszym czasie bez ingerencji budżetu. Należało więc w takim modelu założyć regulację dotacyjną bez względu na to, czy fundusz rezerwy usytuuje się w jednostce podstawowej czy nadrzędnej. Jeśli rozmiary przyszłej dotacji i środków funduszu rezerwowego będą odpowiednio wyważone, to takie przedsięwzięcie ma swoje zalety bodźcowe¹¹. Należy jednak w to wątpić ze względu na słabość jednego uznaniowego miernika i losowość zapotrzebowania na środki.

Zastrzeżenie można odnieść także do projektów z lat 1988-1990. Przekształcają one podstawową jednostkę w ochronie zdrowia w przedsiębiorstwo "non profit" (bez zysku), które tworzy wszystkie fundusze w ciężar kosztów (także fundusz dla załogi), co oznacza możliwość powiększania funduszu dla załogi drogą maksymalizacji kosztów. Przedsiębiorstwo to czerpie środki ze "sprzedaży" świadczeń w tzw. obiegu zamkniętym, po cenach rozliczeniowych. Przejściowo ma je zakupywać budżet państwa z środków budżetów lub funduszy terenowych, a docelowo z środków ubezpieczenia chorobowego.

Składkę opłaca pracodawca przy założeniu odpowiedniego obniżenia obciążeń podatkowych. W tzw. projekcie autorskim z 1990 r. docelowo składka obciąża również pracownika. Oba projekty - resortowy, zwany inaczej społecznym, i autorski bezkrytycznie postulują obcięcie podatków o składkę ubezpieczenia zdrowotnego. Nie można tego tak formułować, bo żaden z podatków - obrotowy, dochodowy i inne, do tego się nie nadaje. Wchodzi jedynie w grę budowa nowego

¹¹ Patrz szerzej J. C h e c h l i ń s k i, Mechanizm motywacji finansowych w ochronie zdrowia, [w:] Motywacyjne aspekty pracy w służbie zdrowia, Lublin 1989, s. 30 i in.

modelu wszelkiego typu obciążeń podatkowych wraz ze wszystkimi składkami z tytułu ubezpieczenia społecznego (emerytalno-rentowe, zdrowotne, od nieszczęśliwych wypadków).

Podstawowy problem stanowi znowu miernik działalności (nośnik kosztów jednostkowych) odniesiony na początku do całego szpitala, a później do jego oddziału podstawowego. Tutaj uznaniowość i losowość tego miernika nie może wystarczyć i potrzebne są, z jednej strony - statystyczne mierniki syntetyczne, dobierane metodą wielowymiarowej analizy porównawczej, z drugiej zaś - pełny rachunek kosztów. Osobne zagadnienie stanowi przeliczenie kosztów jednostek pomocniczych w szpitalu (apteka, blok operacyjny, diagnostyka, rehabilitacja) i w mniejszym stopniu choć również, w przychodni, na oddziały podstawowe i poradnie, wytwarzające usługę finalną. Wchodzi tutaj w grę klucze uznaniowe i specjalne metody rachunkowo-księgowe.

Można i trzeba przyjąć przede wszystkim drogę tworzenia podstaw dla pełnego rachunku kosztów jednostkowych. Rachunek ten może obsłużyć obie formy finansowania, doskonaląc je w sposób decydujący dla ich funkcji. Droga utrzymania finansowania podmiotowego na czas weryfikacji eksperymentów z finansowaniem przedmiotowym jest racjonalna jedynie pod warunkiem równoległego przygotowania przyszłościowego modelu rachunku kosztów¹². Pod tym względem przoduje ochrona zdrowia, przeprowadzając kilka eksperymentów. Nie czekając na przebudowę ewidencji i sprawozdawczości, czynniki decyzyjne składają się do przyjęcia specjalnej formuły finansowania podmiotowego, jaką jest instytucja budżetu całościowego (globalnego) - tzw. "global budget".

Budżet globalny¹³ jest rodzajem prospektywnego finansowania podmiotowego. Państwowe lub samorządowe organy finansujące negocjują ze szpitalem lub ZOZ jako całością globalne (pełne-całkowite) koszty na przyszły okres. Budżet globalny jest sztywny i przez to

¹² Por. J. C h e c h l i ń s k i, Rachunek kosztów globalnych i jednostkowych jako decydujący warunek racjonalizacji finansowania usług społecznych, [w:] Finansowanie świadczeń społecznych..., s. 310-314; Rachunek kosztów w sferze niematerialnej - metodologia - wyniki badań, red. J. Chechliński, K. Piotrowska-Marczak, "Acta Universitatis Lodziensis" 1986, Folia oeconomica, z. 61, rozdz. 10, 12, s. 132-151, 158-165.

¹³ Tzw. autorski projekt reformy z 1990 r. - S. Golinowska, C. Włodarczyk i K. Tymowska.

ogranicza wzrost kosztów. Są one, jedną kwotą ustalane z góry (ex ante). Rozwiązanie to, jakkolwiek lepsze niż dotychczasowe formy finansowania podmiotowego (sztywna i szczegółowa klasyfikacja budżetowa ustalana ex ante), ma swoje wady. Nie można tutaj wykluczyć negatywnego wpływu na liczbę i jakość świadczeń, jak przy każdym finansowaniu podmiotowym. Samo ustalanie kwoty globalnej jest wbrew pozorom uznaniowe. W negocjacjach ogromną przewagę ma podmiot finansujący.

Budżet globalny ustala się na podstawie określonej liczby i jakości świadczeń. Losowe zwiększenie lub zmniejszenie ilości nie powoduje wzrostu lub spadku środków budżetowych. Na jednostkę świadczenia przypadają więc mniejsze lub większe nakłady co w pierwszym przypadku jest wymuszone oszczędnością i może pogorszyć jakość, także sprzyja poszukiwaniu przypadków lżejszych i tańszych w szpitalu, a w przychodni - albo bez pogorszenia jakości zmniejsza dostępność bądź zdecydowanie pogarsza jakość przy obsłudze większej niż założono liczby przypadków. W drugim przypadku - spadek ich liczby, następuje podrożenie jednostki świadczenia. Przy ich zwiększeniu nieuchronne jest także osłabienie bodźców w związku z koniecznym w tej sytuacji ograniczeniem funduszy premialnych za zwiększenie zadań. Ten ostatni mankament można usunąć operując funduszami rezerwowymi. Będzie jednak brakowało środków w innych pozycjach, przede wszystkim wśród zmiennych kosztów rzeczowych.

Ilość i rodzaj (struktura) świadczeń to typowe zmienne losowe, zwłaszcza w krótkim okresie. Planowanie finansowe z reguły dotyczy jednego roku. O rozmiarach i strukturze potrzeb decyduje zespół regionalnych i subregionalnych czynników popytowych, związanych ze strukturą demograficzną danej populacji ludności i innymi wskaźnikami, np. stanu zdrowia czy stopnia skolaryzacji. To jednak nie wystarczy. Podaż świadczeń zdrowotnych jest na danym terenie, wobec małej płynności zasobów rzeczowych i osobowych oświaty, ochrony zdrowia, kultury i sztuki i kultury fizycznej, zdecydowanie mało elastyczna, albowiem przywiązana do określonej, już istniejącej infrastruktury oraz w ochronie zdrowia pracująca przy stale występującej rezerwie gotowości (np. rezerwa łóżek w szpitalach). Za pomocą wielowymiarowej analizy porównawczej, syntezującej czynniki popytowe i podażowe, można dopiero uzyskać taki globalny standard kosztów. Byłby to zobiektywizowany budżet globalny.

Jeszcze trudniejszy do rozwiązania jest problem struktury rodzajowej zachorowań. Założenie o stałych proporcjach w tym zakresie winno być zweryfikowane empirycznie i to w dłuższym okresie. Uchwycenie wzrostu lub spadku kosztów, jako funkcji zmian w strukturze grup zachorowań, wymaga rozbudowanego rachunku kosztów (w ochronie zdrowia profilaktyki, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji i to odniesionego do stosunkowo wąskich grup zachorowań). Takiego modelu rachunku kosztów nie ma i bez głębokiej przebudowy całej ewidencji i sprawozdawczości długu nie będzie, także wobec braku komputeryzacji.

Przy negocjacjach co do wysokości budżetu globalnego nie można także pominąć ekstrapolacji trendu statystycznego. Uznanie zmiany w budżecie globalnym, przyznawanym z roku na rok, nie mogą abstrahować od różnic w racjonalności działania poszczególnych jednostek organizacyjnych i wykorzystania posiadanych przez nie zasobów osobowych i rzeczowych. Wysokie współczynniki "eksploatacji" tych zasobów jest znacznie trudniej poprawić niż średnie i niskie. Niezbędne jest wyrównanie startu finansowego przy zwiększaniu czy pomniejszaniu budżetu globalnego. Wymaga to odpowiednich zabiegów statystycznych i rachunkowych oraz wszechstronnej i pogłębionej analizy kosztów odniesionej do każdej jednostki organizacyjnej oraz rodzajów i liczby świadczonych przez nią usług. Niski poziom rachunku kosztów i jego niekorzystne ewidencyjne uwarunkowania czynią w praktyce budżet globalny bardzo podobnym do procedury szacunkowo-uznaniowej, przy której jednostki podstawowe są skłonne do najbardziej pesymistycznego planowania - maksymalizacja potrzeb, co oznacza duże zapotrzebowanie na środki pieniężne, a jednostki nadrzędne - finansujące - do najbardziej optymistycznego planowania, co oznacza kurtyzację zapotrzebowania na środki pieniężne. Tego podstawowego mankamentu nie zniweluje skądinąd pozytywny fakt, że budżet globalny nie operuje szczegółową i sztywną podziałką klasyfikacyjną. Jest to bezspornie znaczne usprawnienie, które wyzwala oszczędności w niektórych podziałkach wydatków. Można je wówczas przesunąć do innych podziałek, co pozwala na pewne uzupełnienia braków. Wszystko to jednak nie prowadzi w sposób automatyczny do zbilansowania potrzeb i środków finansowych, szczególnie wobec losowych zmian w ilości i strukturze zapotrzebowania na świadczenia.

W zasobnych układach finansujących (np. w RFN czy USA) system "global budget" byłby jak najbardziej odpowiedni. Zmienność losową

(liczba i rodzaj świadczeń) mogą amortyzować znaczne rezerwy. Powstaje wobec tego ogromne pole manewru ekonomizującego w trakcie realizacji zadań. W krajach mało zasobnych, a zwłaszcza w dotkniętej kryzysem Polsce, budżet globalny pociągnie za sobą wiele zagrożeń. Byłyby one syntetycznie biorąc następujące:

- 1) stabilizacja kosztów na zbyt niskim poziomie, zwłaszcza we wczesnych latach dziewięćdziesiątych;
- 2) brak znaczącego polepszenia warunków leczenia i profilaktyki, a co za tym idzie jakości świadczeń zdrowotnych;
- 3) zmniejszenie dostępności do świadczeń bezpłatnych;
- 4) zwiększenie odpłatności ludności;
- 5) utrzymanie dotychczasowych (przypadkowych) nierówności w sytuacji finansowej jednostek podstawowych - brak podstaw ewidencyjnych dla uznanowego, ogólnego wyrównania ich sytuacji finansowej na miarę racjonalnie ustalonych potrzeb ludności i zgodnie z rozkładem zasobów osobowych i rzeczowych ochrony zdrowia.

Ostatni mankament można zlikwidować metodą zobiektywizowanej repartycji środków od góry do dołu, opierając się na syntetycznych miarach wielowymiarowej analizy porównawczej - popytowych i podażowych. Losowość zmian, dotycząca liczby świadczeń i dodatkowe wymagania jakościowe mogą niwelować fundusz centralny i terenowe fundusze rezerwowe bądź budżet państwowy i budżety samorządowe. Punkt ciężkości całej sprawy, tak jak w każdym systemie finansowania, będzie więc zawsze leżał w rachunku kosztów, ich ewidencji i sprawozdawczości. Dopiero na tej podstawie można zobiektywizować wszelkie formy finansowania, przy ich różnych wadach i zaletach.

Nie ulega wątpliwości, że tylko część jednostek organizacyjnych świadczących poszczególne rodzaje usług społecznych nadaje się do finansowania przedmiotowego, nawet jeśli takie finansowanie jest potrzebne dla zapewnienia związku między liczbą usług i kosztami ich wytworzenia (np. szkoła), a część kosztów z założenia nie powinna być finansowana tylko zależnie od liczby usług (np. szpital - koszty stałe i tzw. rezerwa gotowości łóżek). Finansowanie podmiotowe jest przynajmniej w części niezbędne¹⁴.

¹⁴ Patrz J. Chechliński o niezbędności finansowania podmiotowego w cyt. pracy: *Finansowanie świadczeń społecznych...*, s. 36-37, 180-181, 307-310.

Doskonalenie mechanizmów finansowania podmiotowego i przedmiotowego powinno docelowo nastawić się na:

- a) stworzenie odpowiedniej podstawy informacyjnej dla rachunku kosztów i planowania finansowego w poszczególnych rodzajach jednostek świadczących usługi społeczne;
- b) doboru optymalnych i na tyle na ile to możliwe zobiektywizowanych, a nie uznaniowych mierników, które mogłyby wystąpić jako najlepsze nośniki kosztów jednostkowych, tzn. najsilniej skorelowane z kosztami;
- c) opracowanie takiego modelu planowania finansowego, który byłby ściśle zsynchronizowany z planowaniem rzeczowym jednostki oraz planami - państwowym i terenowym, a także - pozwoliłby przejść w sposób możliwie zobiektywizowany od metod doboru nośników do czynności planistycznych;
- d) komputeryzację przetwarzania danych w procesie planowania finansowego¹⁵.

Janusz Chechliński

SOCIAL BENEFITS AND THEIR FINANCING
IN THE LIGHT
OF THE STATE POLICY AND THE ECONOMIC REFORM

The article analyzes and evaluates the scope of financing social benefits obtained in money and in kind in Poland. It is shown that dynamics of social benefits considerably outpaces dynamics of the national income, state budget and wages. An especially high growth rate has been recorded in social benefits in money in the eighties. Among social benefits in kind, a relatively worst situation can be observed in the case of education and health service. The author analyzes also the role of the state budget in financing social benefits and welfare prices (price subsidies from the budget) and their significant influence on the state budget deficit. Alongside the scope of financing, the analysis and evaluation encompass also the system of financing social benefits, first of all from the

¹⁵ Patrz szerzej: J. C h e c h l i ń s k i, Reforma gospodarki finansowej ochrony zdrowia i opieki społecznej - doświadczenia i perspektywy, "Finanse" 1988, nr 6; i d e m, Finansowanie przedmiotowe, podmiotowe i zryczałtowane w reformie lat osiemdziesiątych, [w:] Finansowanie świadczeń społecznych..., s. 142-181; J. C h e c h l i ń s k i, L. M a c k i e w i c z-G o l n i k, Rachunek kosztów i dobór składki ubezpieczeniowej, [w:] Finansowanie świadczeń społecznych..., s. 302-319.

point of view of objective obstacles in applying target financing and assumptions of reform drafts from 1986 and 1988. Its draft from 1988 is still under discussion. The author proves that a full account of unit costs and an appropriate recording-reporting base making such account possible are a point of departure for improving all forms of financing social benefits.