

Maria Kubiak

Rzecznik Praw Pacjenta
Narodowy Fundusz Zdrowia
Oddział Wojewódzki w Łodzi

SPOŁECZNE OCZEKIWANIA WOBEC SŁUŻBY ZDROWIA A INSTYTUCJONALNE MOŻLIWOŚCI ICH REALIZACJI

WSTĘP

Nowy system polityczny i gospodarczy wprowadzony w Polsce po roku 1989 wzmógł oczekiwania społeczne dotyczące nie tylko zakresu wolności, czy zwiększonej podmiotowości obywatela, zwiększył także uogólnioną nadzieję na wzrost poziomu konsumpcji, czy – szerzej – jakości życia. Zrozumiałe zatem, że uległy również zmianie oczekiwania obywateli – pacjentów wobec publicznej służby zdrowia. Oczekiwania te mają swoje uzasadnienie, wynikają bowiem z: 1) ogólnie przyjmowanego przekonania o zdrowiu jako wartości nadrzędnej w życiu człowieka, wymagającej szczególnej uwagi i ochrony,

2) współuczestniczenia w kosztach świadczeń poprzez wnoszenie opłat na zasadach określonych ustawą (obecnie jest to 8% podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne),

3) obowiązku ubezpieczonych do opłacania składek,

4) braku alternatywnych możliwości zawarcia dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, np. w prywatnej kasie chorych,

5) gwarancji prawnej państwa w zakresie ochrony życia obywateli oraz prawa do ochrony zdrowia i równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych zawartej w Konstytucji RP oraz rozwinięcia tej gwarancji zawartej w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, która daje pacjentowi prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń – do korzystania z rzetelnej, opartej na

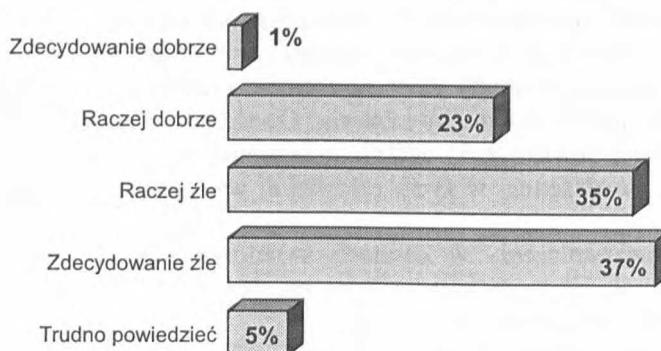
kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń,

6) ze wzrostu świadomości konsumenckiej polskich pacjentów.

W wymiarze osobistym oczekiwania pacjentów wobec służby zdrowia wynikają najczęściej z doświadczeń nabytych w czasie korzystania ze świadczeń zdrowotnych oraz z przeświadczenia o szczególnej misji, jaką mają do spełnienia pracownicy służby zdrowia. Wymagania społeczne stawiane tej grupie zawodowej dotyczą nie tylko kwalifikacji, ale również przestrzegania etyki zawodu.

1. OPINIE O OPIECE ZDROWOTNEJ

W opiniach dotyczących funkcjonowania publicznej służby zdrowia od lat niezmiennie dominują oceny negatywne. Obecnie według badań CBOS z lutego 2001 r., blisko trzy czwarte ankietowanych (72%) uważa, że publiczna służba zdrowia działa źle, natomiast prawie jedna czwarta (24%) ocenia jej działalność pozytywnie, rozkład głosów przedstawia rys. 1.



Rys. 1. Opinie o funkcjonowaniu publicznej służby zdrowia

Reforma systemu opieki zdrowotnej, która weszła w życie z początkiem roku 1999, jak wynika z badań, nie spełniła oczekiwań społecznych. Prawie po półroczu jej funkcjonowania dominowały w społeczeństwie negatywne opinie o publicznej służbie zdrowia, po roku zaś większość ankietowanych (Derczyński 2000) uważała, że dla ludzi takich jak oni reforma jest niekorzystna, a odsetek osób, które doświadczyły rozmaitych trudności w związku z reformą, znacznie wzrósł w porównaniu z okresem początkowym. Ocena korzyści płynących dla zwykłych obywateli z reformy powiązana jest bardzo wyraźnie z opiniami respondentów dotyczącymi funkcjonowania publicznej

służby zdrowia i opieki zdrowotnej po reformie. Ocena korzyści jest jednak społecznie bardziej zróżnicowana: różnicują ją nie tylko poglądy polityczne i warunki materialne respondentów, ale także – choć słabiej – ich wykształcenie i miejsce zamieszkania. Osoby bardziej wykształcone i mieszkańcy większych miast częściej niż inni sądzą, że dla ludzi takich jak oni reforma jest korzystna.

Polacy dostrzegają więc jednak także pozytywne skutki wprowadzonych zmian – większość jest zdania, że obecnie może swobodnie wybierać lekarza, u którego chce się leczyć. Zarazem niepokoi fakt, że ponad jedna czwarta badanych nie ma, we własnym odczuciu, takiej możliwości. Oznacza to bowiem, że duża grupa pacjentów nie korzysta z jednego z istotnych walorów reformy – prawa wyboru lekarza.

Dominujące wśród badanych krytyczne nastawienie do zreformowanej opieki zdrowotnej i skutków reformy dla zwykłych obywateli nie wpłynęło jednak na postrzeganie własnych możliwości korzystania z opieki zdrowotnej. Odsetki respondentów oceniających, że ich możliwości są większe, mniejsze lub takie same jak innych obywateli, są porównywalne z wynikami sondażu z roku 1997. Co więcej, są one także dość zbliżone do danych z pierwszej połowy lat osiemdziesiątych, a więc okresu sprzed transformacji ustrojowej, choć wówczas mniej osób miało poczucie upośledzenia pod tym względem, więcej natomiast nie zajmowało stanowiska w tej sprawie. Można jednak powiedzieć, że po reformie nie przybyło zadowolonych z dostępu do opieki zdrowotnej (Derczyński 2000). Takie poczucie relatywnej deprywacji związane jest głównie z pozycją społeczną, zwłaszcza z sytuacją materialną. Im niższe wykształcenie, a także gorsza sytuacja materialna, tym więcej osób uważa, że ich możliwości korzystania z opieki medycznej są mniejsze. Natomiast im wyższe wykształcenie ankietowanych oraz lepsza ich sytuacja materialna, tym częściej mają oni poczucie większych możliwości niż inni. Istotny jest także związek poczucia mniejszych możliwości leczenia z miejscem zamieszkania – częstsze jest ono na wsi i w małych miastach.

Warto zaznaczyć, że na ocenę opieki zdrowotnej po reformie, ocenę skutków reformy dla zwykłych obywateli oraz wolnego wyboru lekarza wpływało to, czy respondenci korzystali czy nie w minionym półroczu z usług i świadczeń w ramach ubezpieczenia. Korzystanie częściej współwystępuje z lepszą oceną funkcjonowania opieki zdrowotnej po reformie, z pozytywną oceną skutków reformy dla respondentów oraz przeświadczeniem, że ma się swobodę w wyborze lekarza.

Korzystanie przez Polaków w tym okresie z prywatnych świadczeń i usług zdrowotnych (na własny koszt) było związane z częstszymi krytycznymi opiniami o opiece zdrowotnej po reformie, gorszą oceną dotyczącą swobody wyboru lekarza, ale także z lepszą oceną własnych możliwości korzystania z opieki medycznej w porównaniu z innymi. Wśród korzystających z usług prywatnych byli bowiem zarówno ci, którzy zostali do tego zmuszeni

z powodu trudności w uzyskaniu tych samych usług w ramach ubezpieczenia, jak i osoby, które decydowały się na usługi prywatne, bo było je na to stać.

Z badań CBOS-u (luty 2000) wynika również, że szczegółowe opinie o różnych aspektach opieki zdrowotnej dostępnej w ramach kasy chorych (obecnie Narodowego Funduszu Zdrowia) składają się na negatywny obraz społecznych skutków reformy. Większość ankietowanych wyraża pozytywną opinię jedynie o kwalifikacjach lekarzy, a więc o tym, czego laicy na ogół nie potrafią ocenić. Prawie co piąty badany nie zajmuje stanowiska w tej sprawie.

Szczególnie często respondenci zaprzeczają tezę, że leczenie jest w zasadzie bezpłatne (74%), że porady i leczenie specjalistyczne uzyskuje się bez trudności (74%), a organizacja opieki zdrowotnej działa sprawnie (73%).

Zdaniem większości ankietowanych szanse otrzymania pomocy medycznej nie są takie same dla wszystkich (65%), pacjenci zaś nie są jednakowo traktowani (62%). Uzyskanie porady i pomocy wymaga wiele zachodu, starań ze strony pacjenta (65%), nie zawsze też może liczyć on na natychmiastową pomoc lekarską (60%), porady i usługi medyczne nie są łatwo dostępne (59%), nie ma sprawnej informacji o tym, gdzie można uzyskać poradę czy pomoc (55%). Ponadto ponad połowa badanych zgadza się ze stwierdzeniem, że warunki leczenia nie są dobre (58%), że pacjenci nie korzystają z nowoczesnych metod leczenia (57%), a lekarze nie poświęcają im dużo uwagi (55%). Wiele negatywnych opinii ankietowanych (Derczyński 2000) dotyczy:

- warunków leczenia i oceny nowoczesności jego metod – 15%,
- sprawności organizacyjnej – 27%,
- dostępu do leczenia specjalistycznego – 29%,
- oceny bezpłatności leczenia – 34%,

co świadczy o silnie negatywnych reakcjach społecznych na to, co się dzieje w opiece zdrowotnej.

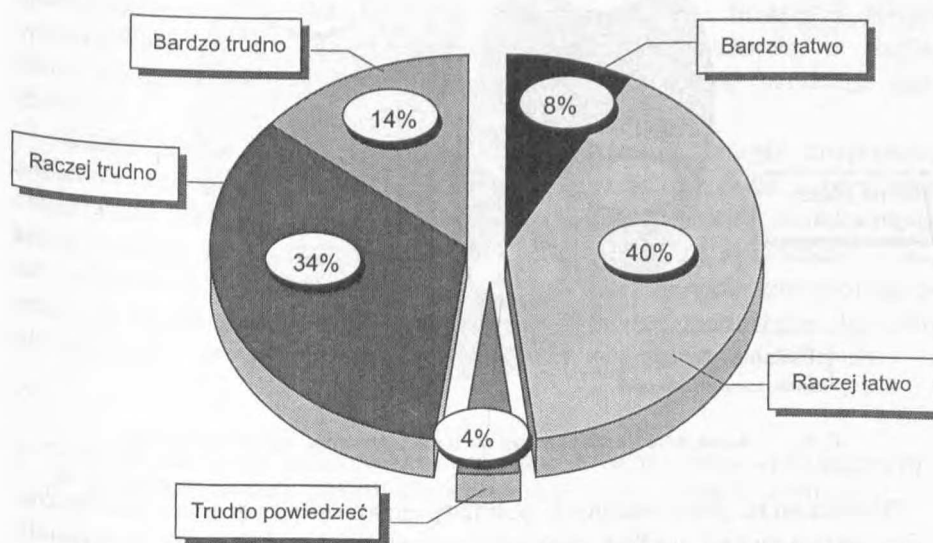
Należy zaznaczyć, że omawiane powyżej oceny dotyczyły całości świadczeń otrzymywanych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, przez placówki publiczne i niepubliczne.

Warto jeszcze dodać, że wśród czynników różnicujących opinie o poszczególnych aspektach świadczeń otrzymywanych w ramach kas chorych trzeba wyróżnić deklarowane poglądy polityczne. Lewicowe poglądy sprzyjają negatywnym opiniom, prawicowe zaś – pozytywnym. Podobnie z ankietowanymi, którzy w ostatnim półroczu korzystali z usług i świadczeń w ramach ubezpieczenia – częściej niż pozostali wyrażają oni opinie pozytywne (z wyjątkiem takich spraw, jak: równe szanse otrzymania pomocy, łatwość dostępu do specjalistów, możliwość otrzymania szybkiej pomocy i kwalifikacje lekarzy), ale nie zawsze towarzyszy temu mniejsza liczba ocen negatywnych. Negatywne opinie natomiast są zwykle nieco częstsze wśród osób korzystających w tym samym okresie z usług prywatnych.

2. OPINIE O OPIECE ZDROWOTNEJ PO DWÓCH LATACH OD WPROWADZENIA REFORMY

Dwa lata działania reformy opieki zdrowotnej w zasadzie nie przyniosły istotnych zmian w opiniach społeczeństwa na temat tej reformy i jej następstw, nadal dominują opinie negatywne. Różnice w ocenach działania publicznej służby zdrowia między poszczególnymi kategoriami ankietowanych są na ogół nieistotne. Pozytywne oceny charakteryzują ankietowanych z wykształceniem podstawowym, rencistów, bezrobotnych, uczniów, studentów, osoby biorące udział w praktykach religijnych oraz najmłodszych i najstarszych respondentów, natomiast złe – mieszkańców miast i badanych o najwyższych dochodach na osobę w rodzinie.

Niepełna połowa ankietowanych (48%) uważa, że w razie potrzeby łatwo byłoby im uzyskać poradę w ramach ubezpieczenia, taka sama liczba jest przeciwnego zdania (zob. rys. 2):



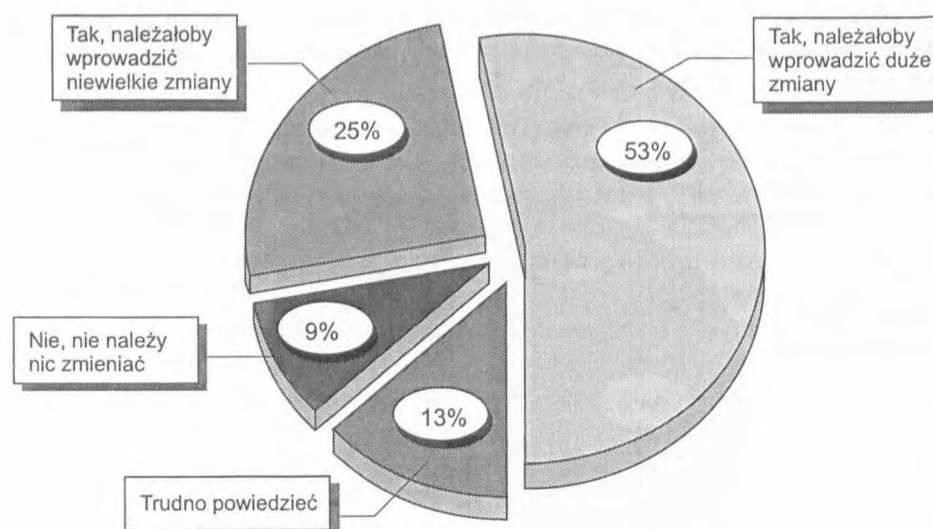
Rys. 2. Opinie na temat dostępności porad w ramach ubezpieczenia

Ocena dostępu do porad lekarskich jest wyraźnie powiązana z opiniami na temat obecnego funkcjonowania publicznej służby zdrowia. Blisko dwie piąte respondentów (39%) uważających, że łatwo byłoby im dostać się do lekarza, dobrze ocenia funkcjonowanie służby zdrowia, podczas gdy wśród tych, którzy sądzą, że mieliby trudności z uzyskaniem porady lekarza,

pozytywną ocenę wystawia tylko co jedenasty (9%), a zdecydowana większość (88%) sądzi, że publiczna służba zdrowia funkcjonuje źle.

3. ZADOWOLENIE Z OBECNEGO SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ A PROPOZYCJE ZMIAN

Zdecydowana większość badanych osób (Derczyński 2001) uważa, że w obecnym funkcjonowaniu opieki zdrowotnej należałoby wprowadzić zmiany, w tym ponad połowa (53%) opowiada się za dokonaniem dużych zmian (zob. rys. 3).



Rys. 3. Ocena konieczności zmian w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej

Przedstawione przez badanych postulaty zmian dotyczyły wielu problemów, które pogrupowano według odsetków respondentów, którzy je wymieniali. Były to:

- **postulaty ogólne dotyczące obecnego systemu** (ogółem 21 %), takie jak: usprawnić reformę, zmienić sposób finansowania opieki zdrowotnej przez kasy chorych, zmniejszyć koszty działania kas chorych, zmniejszyć biurokrację,
- **postulaty dotyczące lepszego dostępu do usług medycznych** (ogółem 35%), takie jak: ułatwić dostęp do lekarzy specjalistów (likwidacja skierowań, skrócenie czasu oczekiwania na poradę), ułatwić dostęp do lekarza, do usług medycznych (ogólnie), do szpitali, do stomatologa, do badań spec-

jalistycznych, zwiększenie liczby lekarzy (likwidacji kolejek), polepszenie opieki nad ludźmi niepełnosprawnymi, starszymi,

- **postulaty dotyczące nakładów na opiekę zdrowotną** (ogółem 16%), takie jak: zwiększyć nakłady na opiekę zdrowotną, na służbę zdrowia, zwiększyć środki finansowe, dotacje, zwiększyć składkę ubezpieczenia zdrowotnego, lepiej opłacać personel zakładów opieki zdrowotnej, unowocześnić opiekę, podnieść standard, poprawić poziom diagnostyki, zwiększyć nakłady na sprzęt, itp., poprawić działanie transportu sanitarnego i pogotowia ratunkowego,

- **postulaty dotyczące zmniejszenia lub zniesienia odpłatności** (ogółem 13%), takie jak: zmniejszyć lub znieść odpłatność za leki, zmniejszyć lub znieść odpłatność za usługi, badania, usługi stomatologiczne, itp., wprowadzić bezpłatność wszystkich świadczeń dla ubezpieczonych, zlikwidować konieczność ponoszenia opłat wynikającą z niedostępności usług w ramach ubezpieczenia i korzystania z prywatnych usług,

- **inne postulaty**, takie jak: zlikwidować kasy chorych, wrócić do tego co było przed reformą, wprowadzić/pozostawić całkowicie państwową opiekę zdrowotną, poprawić stosunek do pacjenta – lekarzy i innych pracowników, wyeliminować korupcję, ukrócić łapownictwo w służbie zdrowia, sprywatyzować opiekę zdrowotną, wprowadzić prywatne kasy chorych.

Można przyjąć, że ta grupa postulatów, które dotyczyły zwiększenia nakładów na opiekę zdrowotną, zwiększenia liczby placówek i personelu, obejmowała także problem dostępu do świadczeń. Ponadto znaczna część ankietowanych postulowała zmniejszenie odpłatności za świadczenia i leki lub bezpłatność świadczeń – wszystko to wskazuje, że społeczne propozycje zmian wynikają głównie z wprowadzanych utrudnień w dostępie do usług zdrowotnych i spowodowanego tym poczucia zagrożenia dla zdrowia.

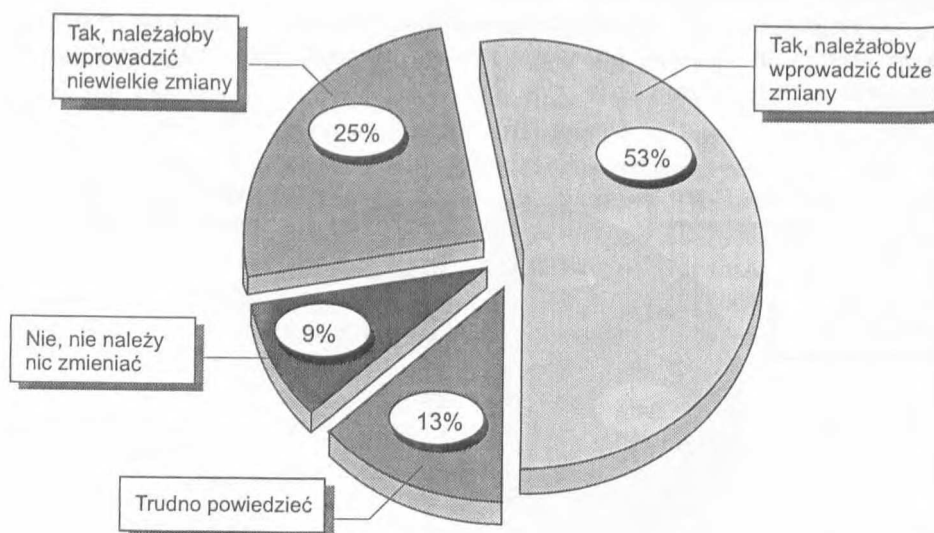
4. INSTYTUCJONALNE MOŻLIWOŚCI REALIZACJI OCZEKIWAŃ SPOŁECZNYCH W ZAKRESIE OPIEKI ZDROWOTNEJ A KOSZTY JEJ FUNKCJONOWANIA

Finansowanie opieki zdrowotnej ze środków publicznych, do czego zobowiązana jest większość państw na świecie, pociąga za sobą określone, zwykle wysokie koszty jej funkcjonowania. Globalnie są one wyrażone przez całość środków finansowych przeznaczonych na ochronę zdrowia w ciągu roku, przy czym w różnych krajach źródła finansowania są niejednakowe, np. budżetowe, ubezpieczeniowe, mieszane, i przez istnienie lub nie zasady współpłacenia pacjentów. Jak wynika z obliczeń OECD z 2002 r. (za Nizankowski 2003) udział wydatków na ochronę zdrowia

pozytywną ocenę wystawia tylko co jedenasty (9%), a zdecydowana większość (88%) sądzi, że publiczna służba zdrowia funkcjonuje źle.

3. ZADOWOLENIE Z OBECNEGO SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ A PROPOZYCJE ZMIAN

Zdecydowana większość badanych osób (Derczyński 2001) uważa, że w obecnym funkcjonowaniu opieki zdrowotnej należałoby wprowadzić zmiany, w tym ponad połowa (53%) opowiada się za dokonaniem dużych zmian (zob. rys. 3).



Rys. 3. Ocena konieczności zmian w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej

Przedstawione przez badanych postulaty zmian dotyczyły wielu problemów, które pogrupowano według odsetków respondentów, którzy je wymieniali. Były to:

- **postulaty ogólne dotyczące obecnego systemu** (ogółem 21 %), takie jak: usprawnić reformę, zmienić sposób finansowania opieki zdrowotnej przez kasy chorych, zmniejszyć koszty działania kas chorych, zmniejszyć biurokrację,

- **postulaty dotyczące lepszego dostępu do usług medycznych** (ogółem 35%), takie jak: ułatwić dostęp do lekarzy specjalistów (likwidacja skierowań, skrócenie czasu oczekiwania na poradę), ułatwić dostęp do lekarza, do usług medycznych (ogólnie), do szpitali, do stomatologa, do badań spec-

jalistycznych, zwiększenie liczby lekarzy (likwidacji kolejek), polepszenie opieki nad ludźmi niepełnosprawnymi, starszymi,

- **postulaty dotyczące nakładów na opiekę zdrowotną** (ogółem 16%), takie jak: zwiększyć nakłady na opiekę zdrowotną, na służbę zdrowia, zwiększyć środki finansowe, dotacje, zwiększyć składkę ubezpieczenia zdrowotnego, lepiej opłacać personel zakładów opieki zdrowotnej, unowocześnić opiekę, podnieść standard, poprawić poziom diagnostyki, zwiększyć nakłady na sprzęt, itp., poprawić działanie transportu sanitarnego i pogotowia ratunkowego,

- **postulaty dotyczące zmniejszenia lub zniesienia odpłatności** (ogółem 13%), takie jak: zmniejszyć lub znieść odpłatność za leki, zmniejszyć lub znieść odpłatność za usługi, badania, usługi stomatologiczne, itp., wprowadzić bezpłatność wszystkich świadczeń dla ubezpieczonych, zlikwidować konieczność ponoszenia opłat wynikającą z niedostępności usług w ramach ubezpieczenia i korzystania z prywatnych usług,

- **inne postulaty**, takie jak: zlikwidować kasy chorych, wrócić do tego co było przed reformą, wprowadzić/pozostawić całkowicie państwową opiekę zdrowotną, poprawić stosunek do pacjenta – lekarzy i innych pracowników, wyeliminować korupcję, ukrócić łapownictwo w służbie zdrowia, sprywatyzować opiekę zdrowotną, wprowadzić prywatne kasy chorych.

Można przyjąć, że ta grupa postulatów, które dotyczyły zwiększenia nakładów na opiekę zdrowotną, zwiększenia liczby placówek i personelu, obejmowała także problem dostępu do świadczeń. Ponadto znaczna część ankietowanych postulowała zmniejszenie odpłatności za świadczenia i leki lub bezpłatność świadczeń – wszystko to wskazuje, że społeczne propozycje zmian wynikają głównie z wprowadzanych utrudnień w dostępie do usług zdrowotnych i spowodowanego tym poczucia zagrożenia dla zdrowia.

4. INSTYTUCJONALNE MOŻLIWOŚCI REALIZACJI OCZEKIWAŃ SPOŁECZNYCH W ZAKRESIE OPIEKI ZDROWOTNEJ A KOSZTY JEJ FUNKCJONOWANIA

Finansowanie opieki zdrowotnej ze środków publicznych, do czego zobowiązana jest większość państw na świecie, pociąga za sobą określone, zwykle wysokie koszty jej funkcjonowania. Globalnie są one wyrażone przez całość środków finansowych przeznaczonych na ochronę zdrowia w ciągu roku, przy czym w różnych krajach źródła finansowania są niejednakowe, np. budżetowe, ubezpieczeniowe, mieszane, i przez istnienie lub nie zasady współpłacenia pacjentów. Jak wynika z obliczeń OECD z 2002 r. (za Nizankowski 2003) udział wydatków na ochronę zdrowia

(całkowitych i publicznych) w Polsce w roku 1999 wyniósł ponad 6,7% PKB, co jest jednym z niższych wskaźników w krajach OECD – niższym niż odpowiednie liczby dotyczące Czech i Węgier, choć w tym drugim przypadku różnica wynosi tylko 0,1%.

Z danych wynika więc, że Polska jest państwem, w którym nakłady na opiekę zdrowotną należą do najmniejszych w Europie. Problemy z finansowaniem ochrony zdrowia występują nie tylko w naszym kraju, dotyczą one bowiem także innych państw. Jest to efektem podstawowej zasady funkcjonującej w tej sferze gospodarki, tzw. zasady ograniczoności zasobów. Do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych konieczne jest istnienie pewnych zasobów: ludzkich, kapitałowych, rzeczowych, itd., których pula jest ograniczona. Niestety potrzeby są zwykle nieograniczone i dysproporcja między zasobami a potrzebami stanowi, nie tylko w ochronie zdrowia, tzw. problem rzadkości w ekonomii. Niezbędne staje się więc ciągle dokonywanie wyborów, np. między alternatywnymi metodami leczenia schorzeń. Jednak według W. C. Włodarczyka (1998) nie ma prostej zależności między wielkością zasobów a stanem zdrowia populacji. Na bardziej precyzyjną ocenę możliwości danego systemu pozwala jedynie specyficzna kombinacja poszczególnych postaci zasobów, wpisana w charakterystyczne dla danego kraju mechanizmy organizacyjne i finansowe, przy jednoczesnym uwzględnieniu celów stawianych przed danym systemem. Ponadto warto dodać, że na stan zdrowia populacji wpływa nie tylko wielkość środków przeznaczanych na ochronę zdrowia – leczenie, ale przede wszystkim warunki życia (klimatyczne, środowiskowe, materialne), profilaktyka zachorowań oraz indywidualne postawy obywateli, czyli zdrowy (lub nie) tryb życia.

Próba realizacji oczekiwań społecznych w zakresie ochrony zdrowia została zapoczątkowana 1 stycznia 1999 r. wprowadzeniem w życie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i powołaniem kas chorych, mających realizować uprawnienia obywateli do świadczeń zdrowotnych. Osobom ubezpieczonym przysługiwały i nadal przysługują¹ świadczenia zdrowotne, mające na celu zachowanie zdrowia, wczesne wykrywanie chorób, leczenie oraz zapobieganie i ograniczanie niepełnosprawności. W celu realizacji wymienionych uprawnień kasa chorych zapewnia: badania i poradę lekarską, badania diagnostyczne, leczenie (ambulatoryjne w domu chorego, szpitalne oraz w ramach pomocy doraźnej), rehabilitację leczniczą, świadczenia pielęgniarские, opiekę nad kobietą w okresie ciąży i porodu, opiekę prenatalną nad płodem i opiekę nad noworodkiem, opiekę profilaktyczną, zaopatrzenie w leki i materiały medyczne, zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne

¹ NFZ zgodnie z *Ustawą z dn. 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia* (DzU z 2003 r., nr 45, poz. 391) kontynuuje zobowiązania kas chorych w tym zakresie.

i środki pomocnicze oraz lecznicze środki techniczne, orzekanie o stanie zdrowia, opiekę paliatywno-hospicyjną (dla osób przewlekle chorych lub będących w stanach terminalnych).

Za osoby ubezpieczone w kasie chorych (obecnie w NFZ), a tym samym uprawnione do korzystania ze świadczeń zdrowotnych (finansowanych z budżetu kasy – NFZ), uważa się trzy grupy obywateli:

a) osoby objęte ubezpieczeniem społecznym (np. pracownicy, osoby pracujące na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia, wykonujące pracę nakładczą, prowadzące pozarolniczą działalność), żołnierze zawodowi, funkcjonariusze policji, UOP, straży granicznej, służby więziennej, stacji pożarniczej, posłowie i senatorowie, emeryci, renciści.

b) osoby, za które składki opłaca budżet państwa – rolnicy i ich domownicy, bezrobotni bez prawa do zasiłku, osoby pobierające renty socjalne, zasiłki stałe lub okresowe z opieki społecznej, dzieci, uczniowie i słuchacze przebywający w placówkach wychowawczych, resocjalizacyjnych czy domach pomocy społecznej, kombatanCI, inwalidzi wojenni, osoby duchowne bez dochodu, studenci studiów doktoranckich.

c) osoby, które nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego i mogą na swój wniosek ubezpieczyć się dobrowolnie.

Jeśli weźmiemy pod uwagę z jednej strony duży zakres świadczeń zdrowotnych przysługujących ubezpieczonym, uprawnienia do leczenia osób, za które składkę zdrowotną odprowadza budżet państwa, a z drugiej ograniczone środki finansowe kas chorych – realizacja postulatów obywateli w zakresie zwiększenia nakładów, dotacji na opiekę zdrowotną oraz zmniejszenia lub zniesienia odpłatności np. za leki, czy wprowadzenia bezpłatności wszystkich świadczeń dla ubezpieczonych wydaje się bardzo trudna, by nie powiedzieć wprost niemożliwa.

Należy zdać sobie sprawę z tego, że obecny system opieki zdrowotnej nie jest w stanie zapewnić ubezpieczonym bezpłatnego (w 100%) dostępu do świadczeń, mimo formalnych uprawnień posiadanych przez obywateli, co często jest postrzegane przez społeczeństwo jako złamanie reguł sprawiedliwości. Według opinii społeczeństwa sprawiedliwy dostęp do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych powinien opierać się na kryterium potrzeby zdrowotnej: wszyscy, których potrzeba jest taka sama, winni otrzymać takie samo świadczenie i nikt spośród nich nie powinien być pozbawiony możliwości korzystania ze świadczenia.

Istotą funkcjonującego obecnie systemu ochrony zdrowia (por. ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia) jest umowa społeczna, która zakłada, że niezależnie od wysokości obowiązkowych składek opłacanych przez obywateli na ubezpieczenie zdrowotne bądź ich opłacania przez budżet państwa, wszyscy ubezpieczeni mają prawo korzystać

ze świadczeń zdrowotnych (finansowanych z budżetu kas chorych – NFZ), jeśli ich stan zdrowia w danym momencie życia tego wymaga.

Wiadomo jednocześnie, że ograniczoność zasobów, które mogą być skierowane na ochronę zdrowia, nie pozwala na spełnienie oczekiwań społecznych w zakresie poprawienia dostępu do świadczeń medycznych (specjalistycznych, podstawowych), postulatu, który był najczęściej podnoszony przez ankietowanych. Wśród pacjentów mających problemy z dostępem do świadczeń zdrowotnych często słyszy się pytanie – czy w sytuacji, kiedy nie wszystkie świadczenia mogą być bezpłatne, nie należałoby opracować listy świadczeń gwarantowanych, finansowanych w całości z budżetu NFZ? Trzeba więc przypomnieć, że próby ustawowego określenia koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych (należnych każdemu ubezpieczonemu na mocy Konstytucji RP, finansowanych ze środków publicznych) były podejmowane wielokrotnie przez kolejne rządy od co najmniej dziesięciu lat – jednak bez powodzenia.

Podstawowym dylematem dla ustawodawcy, według Rzecznika Praw Obywatelskich A. Zolla (2001), jest wyważenie, które procedury medyczne mają być dla ubezpieczonych bezpłatne (ustawowe minimum), a do których musieliby oni dopłacać. Nie jest bowiem możliwe przy obecnym stanie finansów państwa i niskiej składce na ubezpieczenie zdrowotne zapewnienie ubezpieczonemu pełnej bezpłatności opieki zdrowotnej. Obligatoryjny koszyk świadczeń zdrowotnych będzie w takiej sytuacji zawsze pewnym gwarantowanym minimum, np. 60% kosztów leczenia. Obywatel, który będzie chciał mieć gwarancje leczenia ponad to minimum, będzie musiał ubezpieczyć się dodatkowo (prywatnie) w wybranej firmie ubezpieczeniowej.

Należy dodać, że takie uregulowania muszą również brać pod uwagę sytuację materialną ubezpieczonych, np. emerytów, rencistów, bezrobotnych, których nie byłoby stać na dodatkowe opłaty ubezpieczeniowe. Prowadziłoby to wprost do uzależnienia standardu opieki zdrowotnej od sytuacji finansowej ubezpieczonego. Niezależnie od wyżej podanych przesłanek odsuwających w czasie uchwalenie koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, jego ustalenie wydaje się konieczne. Bezpłatność świadczeń jest mitem, lista należnych osobie ubezpieczonej świadczeń (podana do publicznej wiadomości) byłaby zaś gwarancją ich uzyskania.

Zatem jednym z głównych problemów polityki zdrowotnej jest proces formułowania priorytetów, które wiążą się z dylematami racjonowania świadczeń medycznych (Włodarczyk 1996). Dyskusja tocząca się wokół tego problemu jest niezwykle emocjonalna, ponieważ dotyczy powszechnie cenionego dobra, jakim jest ludzkie zdrowie. Co więc może uzasadniać wprowadzenie metod ograniczenia dostępu i zmniejszenia intensywności korzystania ze świadczeń zdrowotnych? Zwolennicy tworzenia priorytetów i racjonowania

świadczeń nie dążą jednak do mechanicznego zmniejszenia zakresu dostępnych świadczeń, lecz do ich efektywnego wykorzystania. Środki finansowe powinny zostać skierowane na te świadczenia, których efektywność zdrowotna jest największa. Kwestia efektywności musi być zatem podstawowym wyznacznikiem tworzenia listy bezpłatnych, powszechnie dostępnych świadczeń zdrowotnych. Formułowanie list winno być rozstrzygane w ramach społecznej dyskusji, w której są brane pod uwagę opinie lekarzy, specjalistów, pacjentów, organizacji społeczno-zawodowych i społeczności lokalnych.

Niezależnie jednak od przyjętego rozwiązania w kwestii priorytetów i przy rozdziale środków finansowych na świadczenia medyczne – jest oczywiste, że to głównie na lekarzach spoczywa i będzie nadal spoczywać podjęcie decyzji o racjonowaniu świadczenia w odniesieniu do poszczególnych pacjentów. Są to dylematy natury moralnej, szczególnie trudne w sytuacjach, kiedy od decyzji lekarza zależy zdrowie czy życie pacjentów.

Reasumując kwestie związane z racjonowaniem świadczeń, należy stwierdzić, że nie budzi już wątpliwości konieczność wprowadzenia uprawnień limitowanych w miejsce zasady powszechnego dostępu do świadczeń o nieograniczonym zakresie. Ciągłe otwarta jest kwestia, czy należy wprowadzić limity pozbawiające określone grupy ludności posiadanych dotychczas uprawnień, czy też wskazane jest ograniczenie ogólnie dostępnych i gwarantowanych świadczeń. Problemy te są trudne do rozwiązania, wydaje się jednak, że przede wszystkim wymagają opracowania skutecznych i powszechnie akceptowanych kryteriów.

Pomimo obiektywnych trudności i permanentnego niedofinansowania sektora opieki zdrowotnej podejmuje się szereg działań, zgodnych z oczekiwaniami pacjentów, które mają na celu usprawnienie jego funkcjonowania i podniesienia standardu świadczonych usług. I tak m. in.:

- doskonalą się systemy kształcenia kadr medycznych, tworzy nowe specjalizacje,
- organizuje się kursy, sympozja dla lekarzy w zakresie możliwości stosowania w warunkach polskich najnowszych osiągnięć nauki i techniki,
- wdraża się i stosuje szereg nowoczesnych technologii medycznych, zwłaszcza w zakresie opieki szpitalnej,
- podejmuje się działania zmierzające do efektywnego wykorzystania dostępnych zasobów, w tym nowoczesnej aparatury, drogich środków pomocniczych, leków nowej generacji, itd.,
- podejmuje się prace nad określeniem procedur i zasad tworzenia tzw. list oczekujących na drogie – deficytowe świadczenia zdrowotne,
- organizuje się punkty informacyjne (np. przy kasach chorych), które pomagają pacjentom w wyborze placówki medycznej, informują o zakresie świadczeń udzielanych w ramach ubezpieczenia.

Warto dodać, że nie zawsze istnieje konieczność podejmowania działań o charakterze medycznym, by uzyskać pożądane efekty zdrowotne. Coraz częściej mówi się o potrzebie poprawiania warunków życia obywateli i o kształtowaniu postaw sprzyjających zachowaniu zdrowia poprzez jego promocję. Od dawna zwracano bowiem uwagę, że pomimo wielkiej różnorodności występujących schorzeń, główne obciążenia społecznego finansowania wiążą się z relatywnie małą liczbą patologii (Nizankowski 2003). Okazuje się, że te najpowszechniejsze są mocno zależne od warunków życia i nawyków dominujących w społeczeństwie. Korekta szkodliwych dla zdrowia zachowań zmniejsza radykalnie liczbę chorujących. Możliwy udział pozytywnych zmian stylu życia w całkowitej, maksymalnej poprawie zdrowia oceniany jest aż na 50–60%.

W związku z powyższym w momencie konieczności ustalania priorytetów czy tworzenia list oczekujących na deficytowe (często bardzo drogie) procedury medyczne rodzi się kolejny dylemat. Jak ma postępować lekarz w sytuacji, kiedy człowiek swoim zachowaniem świadomie naraża się na niebezpieczeństwo i np. pali papierosy? Już teraz spotykamy się z podejściem, w którym lekarze nie widzą sensu wykonania zabiegu np. kardiologicznego za olbrzymie, publiczne pieniądze, kiedy pacjent nie jest w stanie lub nie chce zerwać z nałogiem.

Wydaje się oczywiste stwierdzenie, że oprócz opieki medycznej, społeczeństwu potrzebna jest powszechna edukacja zdrowotna, edukacja obywatelska, która obecnie stoi na niskim poziomie. O ile lecnictwo ma dobrze rozbudowaną strukturę, o tyle programom profilaktycznym i promocyjnym często brak jest właściwego zaplecza kadrowego i instytucjonalnego. Można jedynie liczyć, iż nowa specjalizacja lekarska o nazwie „zdrowie publiczne” będzie w stanie stworzyć w przyszłości kadry do kierowania takimi programami (Nizankowski 2003).

PODSUMOWANIE

Czy istnieje gdzieś na świecie taki system opieki zdrowotnej, który jest w stanie sprostać oczekiwaniom pacjentów? – śmiem twierdzić, że nie. Każdy kraj, w zależności od tradycji, kultury, potrzeb, możliwości finansowych i wielu innych czynników, musi wypracować swój własny model ochrony zdrowia, korzystając przy tym z odpowiednio modyfikowanych rozwiązań stosowanych w innych państwach. Polska jest krajem, który nadal poszukuje możliwości, pozwalających na efektywne wykorzystanie posiadanych środków przy jednoczesnym maksymalnym zadowoleniu pacjenta.

Wśród postulatów osób ankietowanych w badaniu CBOS w 2001 r. znalazły się i takie, które dotyczyły poprawy stosunku lekarzy i innych pracowników służby zdrowia do pacjenta.

Poszanowanie praw pacjenta w tym wymiarze nie wymaga nakładów finansowych czy inwestycji, jest to bowiem głównie problem etyki, a szczególnie indywidualnych postaw osób świadczących usługi medyczne, ich nawyków, przyzwyczajeń, a także stanu świadomości prawnej pracowników służby zdrowia i pacjentów. Dlatego też słuszny wydaje się pogląd, że pogłębiające się niedoinwestowanie publicznej służby zdrowia nie powinno być usprawiedliwieniem dla przypadków nieuprzejmych, nieetycznych zachowań osób w niej pracujących, chociażby w zakresie praw szczególnych, tzn. takich, jak:

- prawo do poszanowania osoby ludzkiej, jej prywatności, wyznawania przez nią określonych wartości kulturowych i religijnych,
- prawo do intymności i poszanowania godności w trakcie udzielania pacjentowi świadczenia,
- prawo do samostanowienia, wyrażania świadomej zgody na zabiegi lecznicze,
- prawo do informacji o stanie zdrowia, rokowaniach, skutkach leczenia lub jego zaniechania.

Warto dodać, że na radykalną poprawę sytuacji korzystających z usług publicznej służby zdrowia nie wpłynie nowy spis praw, jakiego domagają się pacjenci, a który ma przyjąć formę Karty Praw Pacjenta. Problem umocnienia pozycji pacjentów oraz poprawa ich sytuacji w zakresie jakości i dostępności do świadczeń wymaga uregulowań systemowych.

BIBLIOGRAFIA

- Derczyński W., 2000, *Opinie o opiece zdrowotnej*, www.cbos.pl
- Derczyński W., 2001, *Opinie o opiece zdrowotnej po dwóch latach reformy*, www.cbos.pl
- Niżankowski R., 2003, *Ustanawianie programu zdrowotnego*, „Zdrowie i Zarządzanie”, t. 5, nr 2.
- Transformacja systemu ochrony zdrowia, Biuro Informacji i Promocji Reformy w Ochronie Zdrowia Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa.
- Ustawa z dn. 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, DzU, 2003, nr 45, poz. 391.
- Włodarczyk W. C., 1996, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Versalius”, Łódź-Kraków-Warszawa.
- Włodarczyk W. C., 1998, *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce, Studium polityki zdrowotnej*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Versalius”, Kraków.
- Zoll A., 2001, *Problemy dobrego funkcjonowania opieki zdrowotnej jako zagadnienie praw obywatelskich*, „Zdrowie i Zarządzanie”, t. 3, nr 2.

Maria Kubiak

**SOCIAL EXPECTATIONS TOWARDS HEALTH CARE SYSTEM
VERSUS INSTITUTIONAL OPPORTUNITIES OF THEIR FULFILMENT**

The main focus of this report is, on one hand, an attempt to define reasons implying social expectations towards health care system in Poland; on the other hand – to estimate opportunities of their fulfilment. Disparity between the amount of human, capital and material resources and the size of those expectations creates – so-called in economics – the ‘problem of rarity’. The fulfilment of social requirements (for example concerning increase in costs or subsidies in health care) and accomplishing the non-pay rule of all health services for the insured patients seems to be very difficult or – honestly saying – impossible to achieve.