

Grażyna Hereźniak*

WARUNKI I MOŻLIWOŚCI
KOMERCJALIZACJI USŁUG SŁUŻBY ZDROWIA
(WYNIKI BADAŃ)

1. WPROWADZENIE

Pomimo trwających od wielu lat dyskusji nad reformowaniem systemu społecznej służby zdrowia w Polsce¹, a także mających miejsce realnych, choć fragmentarycznych jego zmian, można stwierdzić, że system ten jest w dalszym ciągu archaiczny, nieadekwatny do aktualnych i szybko zmieniających się warunków otoczenia, wymagającym nie tyle dalszego doskonalenia, co radykalnej przebudowy. Stwierdzenie to nie jest poglądem odosobnionym², a ponadto wywodzi się z wielu badań empirycznych przeprowadzonych zarówno wśród personelu medycznego, jak również wśród korzystających z ochrony zdrowia³. Wynikającą z tych badań diagnozę systemu społec-

* Dr, adiunkt w Katedrze Marketingu i Ekonomiki Konsumpcji UŁ.

¹ Patrz szerzej na ten temat: 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, s. 4-11.

² Por. m. in., K. T y m o w s k a, C. W ł o d a r c z y k, Reforma w ochronie zdrowia i opiece społecznej, [w:] Usługi społeczne, red. A. Łukasiewicz, PWE, Warszawa 1984.

³ Patrz szerzej na ten temat: Wyniki badań prowadzonych przez Instytut Medycyny Społecznej AM w Warszawie w l. 1979 i 1986; H. H a l i k, Nieoficjalne usługi w służbie zdrowia, "Wektory Gospodarki" 1987, nr 8, a także G. H e r e ź n i a k, Społeczno-ekonomiczne aspekty komercjalizacji usług służby zdrowia, RP 39 III 3.5, Łódź 1987, 1990, maszynopis.

cznej służby zdrowia można sprowadzić do następujących generalnych spostrzeżeń:

- niezależnie od miejsca zamieszkania (miasto - wieś) występują określone bariery w dostępie do usług medycznych;
- pomimo społecznej - bezpłatnej ochrony zdrowia udział wydatków ponoszonych indywidualnie jest w relacji do innych krajów wysoki;
- w aktualnych warunkach korzystania z wielu usług służby zdrowia nabiera cech konsumpcji elitarniej a nie egalitarnej, zostaje realnie naruszona zasada powszechnego leczenia, gwarantującego równe dla wszystkich możliwości korzystania z usług społecznej służby zdrowia.

W odniesieniu do instytucji świadczących usługi medyczne zaobserwować można ponadto:

- brak dostatecznie silnej konkurencji i w konsekwencji niską jakość świadczonych usług;
- utrzymujące się tendencje dużych instytucji medycznych do działania w oderwaniu od zmieniającego się otoczenia;
- dominację społecznych (państwowych) źródeł zasilania;
- charakterystyczne dla dużych instytucji medycznych wysokie koszty świadczenia usług, brak motywacji do prowadzenia ich kalkulacji, a także brak przesłanek dla racjonalizowania wydatków.

Te ostatnie zagadnienia, związane z zasilaniem finansowym oraz racjonalnym wykorzystaniem środków pieniężnych pozostających w dyspozycji służby zdrowia mają kapitalne znaczenie dla rozstrzygnięć odnoszących się do przyszłego, zreformowanego modelu ochrony zdrowia.

W literaturze panuje przekonanie, iż jednym z najskuteczniejszych instrumentów pozwalających na poprawę zasad gospodarowania w służbie zdrowia, mogących przyczynić się do wzrostu społeczno-ekonomicznej efektywności jest komercjalizacja świadczeń medycznych.

Generalnie wymienia się trzy zasadnicze przesłanki wprowadzenia opłat w służbie zdrowia:

- 1) racjonalizację postępowania korzystających ze świadczeń,
- 2) poprawę działalności instytucji ochrony zdrowia,
- 3) odciążenie budżetu w wydatkach na ochronę zdrowia.

Warto podkreślić, że wprowadzenie opłat do systemu opieki medycznej ma wymiar nie tylko społeczny, ale także ekonomiczny i polityczny. Rozwiązania takie, ze względu na kontrowersyjny charakter mogą rodzić dezaprobatę społeczną i dokonywać się pod groźbą negatywnych konsekwencji społecznych. Stąd też rodzą się pytania:

- w jakim stopniu nadzieje i oczekiwania związane z wprowadzeniem komercjalizacji do systemu dystrybucji usług zdrowotnych postrzegane są i aprobowane przez opinię społeczną?
- jakie warunki powinny być spełnione, aby można wprowadzić odpłatność za określone usługi służby zdrowia?
- jak wreszcie zmienia się optyka widzenia tych problemów w miarę zmieniających się warunków otoczenia?

Próbując choć w niewielkim stopniu udzielić odpowiedzi na postawione pytania posłużymy się wynikami badań przeprowadzonych w 1987 i 1990 r., mających charakter sondażu opinii społecznej. Wyodrębniono w nich zbiorowość korzystających z usług medycznych oraz organizatorów służby zdrowia, a także uwzględniono przekrój miasto - wieś.

Wykorzystany w opracowaniu materiał faktograficzny dotyczy następujących kwestii:

- warunków i granic komercjalizacji usług służby zdrowia,
- zasad i kryteriów różnicowania odpłatności,
- społecznie akceptowanego modelu finansowania ochrony zdrowia.

2. POSTAWY WOBEC KOMERCJALIZACJI USŁUG MEDYCZNYCH I POSTULOWANY MODEL FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA - WYNIKI BADAŃ

Z punktu widzenia prowadzonych badań jednym z najciekawszych problemów było poznanie opinii respondentów na temat warunków wprowadzenia komercjalizacji usług ochrony zdrowia. Otrzymane odpowiedzi od korzystających z usług nie wykazywały istotnego związku z żadną z badanych cech społeczno-demograficznych. Ostatecznie okazało się, że prawie 70% wyrażających opinię byłoby skłonnych płacić za usługi służby zdrowia, gdyby z większą starannością i troską traktowano pacjenta. Jest to zatem warunek związany wy-

rażnie ze skutecznością leczenia, a tym samym decydujący o jakości świadczonych usług. W znacznie większym stopniu akcentują ten warunek korzystający niż organizatorzy (70% : 25%). Na drugim miejscu respondenci z grupy korzystających wymieniają możliwość wprowadzenia komercjalizacji, gdyby zmniejszyły się kolejki i czas oczekiwania na usługę (ok. 47% i ok. 40%). Ma on także dla nich większe znaczenie niż dla organizatorów usług (ok. 35%). Dalszy warunek to rozwój placówek służby zdrowia w miejscu zamieszkania, tym razem ważniejszy jest on dla organizatorów (46% i ok. 20%). Ich brak, jak wiadomo, w wielu regionach kraju jest powszechnie dostrzegany i stanowi istotną barierę ograniczającą możliwości świadczenia usług zdrowotnych. Wagę tych ostatnich czynników podkreślają także opinie korzystających z ochrony zdrowia wyrażone w ostatnich badaniach. Stanowią one dowód, iż w coraz większym stopniu sami pacjenci dostrzegają braki placówek służby zdrowia i złe ich wyposażenie. 24% spośród udzielających odpowiedzi wskazało, że byłoby skłonni ponosić określone opłaty, gdyby uzyskane tą drogą pieniądze przeznaczono na rozwój placówek służby zdrowia w miejscu ich zamieszkania oraz gdyby poprawiło się wyposażenie gabinetów (32%).

W miarę upływu czasu z punktu widzenia opinii korzystających rośnie rola warunków związanych z zabezpieczeniem niezbędnej dla świadczenia usług infrastruktury ochrony zdrowia. Generalnie jednakże można stwierdzić, że najistotniejszymi z punktu widzenia możliwości wprowadzenia komercjalizacji usług służby zdrowia są w świetle opinii korzystających warunki związane z poprawą jakości świadczonych usług oraz organizacji pracy placówek służby zdrowia. Organizatorzy usług w największym stopniu aprobują komercjalizację, gdyby spełnione zostały warunki związane z rozwojem szeroko pojętej infrastruktury tak w sensie bazy materialnej, jak też jej wyposażenia i obsługi. Niemale też znaczenie przypisują aspektom organizacyjnym wykonywanej przez siebie pracy.

Analizując odpowiedzi na pytanie 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 też nie miała w tej kwestii zdania. Obie badane grupy stanowiły łącznie ok. 35%. Szczegółowa analiza wyników badań pozwala przypuszczać,

iż znaczną część respondentów tych grup stanowili absolutni przeciwnicy wprowadzenia jakichkolwiek opłat za usługi medyczne. Podkreślali oni m. in. w dużym stopniu losowy charakter zachorowań, i tak już wysokie koszty leczenia ponoszone przy długotrwałej chorobie oraz wyrażali wątpliwość, czy rzeczywiście uzyskane w drodze komercjalizacji środki pieniężne skierowane zostaną na potrzeby służby zdrowia.

Dążąc do poznania opinii korzystających z usług na temat możliwości wprowadzenia komercjalizacji skierowano do respondentów pytanie dotyczące proponowanych zasad i kryteriów odpłatności, a także jej przedmiotowego zakresu. Pierwsze z interesujących nas pytań dotyczyło postaw odbiorców usług wobec postulowanego w sferze odpłatności egalitaryzmu. Ponad połowa respondentów udzielających odpowiedzi jest zdania, że odpłatność za lekarstwa i usługi medyczne nie powinna być dla wszystkich taka sama (ok. 50-54%)⁴. Jednocześnie jednak prawie 28-40% respondentów uważa, że odpłatność powinna być jednakowa dla wszystkich, co wynikać może z głęboko zakorzenionego w świadomości społecznej poglądu, że "równo" znaczy sprawiedliwie.

Rodzaj wyrażonych w tym zakresie opinii zależy wyłącznie od wieku badanych. W największym stopniu (ok. 64%) nie aprobują zasady równości ludzie starsi (powyżej 50 lat). Można przypuszczać, że sytuacja taka jest rezultatem niskich dochodów omawianej grupy ludności (w dużej mierze są to emeryci i renciści), uważający tę właśnie zasadę za determinującą możliwości leczenia. Wiemy ponadto, że ludzie starsi stanowią najliczniejszą grupę pacjentów, niezależnie od płci⁵, jako potrzebujący szczególnie często opieki lekarskiej. Mogą oni odczuwać istniejące obecnie nierówności w sposób szczególnie silny. Nieco mniej ostro rysują się podobne opinie wśród najmłodszych (do 30 lat), gdzie stosunek opowiadających się przeciwko równości do akceptujących ją kształtuje się ok.

⁴ Przeprowadzony w 1985 r. sondaż opinii wykazał jeszcze postawy silnego egalitaryzmu. Taką opcję wybierało ponad 80% badanych. Por. A. B o g u s, W. K w i a t k o w s k a, A. S z a b l e w s k i, Komercjalizacja usług społecznych w opinii ludności, "Polityka Społeczna" 1985, nr 8.

⁵ Por. M. W a s i l u k, Stan organizacji pracy w otwartej służbie zdrowia, "IPSS Studia i Materiały" 1981, z. 1, s. 20.

33% : 37%, podczas gdy u najstarszych wynosi 34% : 24%. Przyczyny mogą być analogiczne, gdyż jak wiemy ludzie młodzi relatywnie mało zarabiają, co więcej wychowują w tym czasie dzieci, co także wymaga częstych kontaktów ze służbą zdrowia.

W zbiorowości organizatorów w sposób jednoznaczny widoczne są postawy przeciwne stosowaniu dla wszystkich członków społeczeństwa zasady jednakowej odpłatności w analizowanej sferze. Prawie 80% udzielających odpowiedzi uważało, że odpłatność powinna być zróżnicowana, a za równością opowiedziało się niecałe 18%. Bardzo niewielki odsetek badanych nie miał na ten temat zdania. Pokreślić trzeba, że wyniki te różnią się znacznie od otrzymanych dla zbiorowości korzystających, gdzie tylko 34% respondentów proponowało dywersyfikację opłat. Można przypuszczać, że znając się bardziej na problemach organizacji ochrony zdrowia, badani pracownicy zdają sobie w znacznie większym stopniu sprawę z tego, że ewentualna odpłatność za usługi ustalona dla wszystkich na jednakowym poziomie, mogłaby eliminować niektóre grupy z możliwości korzystania z tych usług.

Zauważono pewien związek uzyskanych odpowiedzi z wiekiem badanych. Jego cechą charakterystyczną jest zdecydowanie mniejszy udział wariantu skierowanego przeciwko równości wśród najstarszych respondentów - wynoszący 65%, podczas gdy jego największa wartość znalazła się w grupie 30 lat i wynosiła 66%.

Jeżeli spojrzymy na problem ogólnie, najbardziej zastanawia widoczna w obu badanych zbiorowościach tendencja do opowiadania się za zróżnicowaniem odpłatności. Świadczy to może o tym, że dotychczasowy system ochrony zdrowia, pomimo deklaracji o jego powszechnej dostępności, bezpłatności i egalitarnym charakterze, odbierany jest przez społeczeństwo jako anachroniczny i nie realizujący swoich podstawowych założeń.

Z punktu widzenia przeprowadzonej analizy nie bez znaczenia jest także zbadanie opinii, wg jakich kryteriów powinna być zróżnicowana odpłatność w sytuacji jej szerszego stosowania.

Otrzymane w tym zakresie odpowiedzi korzystających potwierdzają nasze wcześniejsze przypuszczenia, ponieważ zdecydowana większość 40% na wsi i ok. 73% w mieście jest zdania, iż opłaty powinny zależeć od poziomu uzyskiwanych dochodów, na drugim miejscu wymienia się wiek (ok. 22% i 41%), w dalszej kolejności pil-

ność potrzeby (ok. 18% i ok. 31%), zawód pacjenta (w sensie przynależności do określonej branży), na końcu natomiast miejsce zamieszkania (tylko 1%).

W zbiorowości organizatorów, podobnie jak w przypadku korzystających za najważniejsze kryterium uznano poziom dochodów (ok. 62%). Różnice zdań ujawniły się już w przypadku kryterium, wymieniane jako drugie. Odbiorcy świadczeń wskazywali bowiem na wiek pacjentów (ok. 41%), natomiast organizatorzy na zawód, rozumiany jako przynależność do określonej branży (ok. 58%). Rozbieżności te, jak się wydaje, mogą wynikać z większej znajomości faktycznych potrzeb zdrowotnych ludzi zatrudnionych w różnych gałęziach gospodarki (górnicy, hutnicy, itp.) przez pracowników służby zdrowia niż przez ogół społeczeństwa. Lekarze mogą bowiem obserwować na co dzień skalę zachorowań na choroby zawodowe związane z różnymi warunkami, a także różną uciążliwością pracy. Jeśli chodzi o kolejne kryterium, to na zbliżonym poziomie kształtują się w obu grupach wypowiedzi akcentujące "pilność potrzeby" (ok. 31% w zbiorowości korzystających i ok. 39% w zbiorowości organizatorów, natomiast na ostatnim miejscu, podobnie jak wśród odbiorców świadczeń, wskazywano na "miejsce zamieszkania" - niecały 1%). Wyrażane przez organizatorów opinie były niezależne od ich cech społeczno-demograficznych.

Kolejnym istotnym problemem było poznanie opinii o kryteriach różnicowania odpłatności w odniesieniu do konkretnych usług służby zdrowia oraz lekarstw. W tym kontekście skierowano do respondentów pytanie o zasady dywersyfikacji opłat w stosunku do kilku wymienionych rodzajów świadczeń.

Zaobserwować można stosunkowo wysoki udział korzystających z opieki medycznej, którzy nie potrafili udzielić odpowiedzi (średnio 19,5%) przypuszczalnie z powodu braku orientacji w kosztach usług oraz zasadach finansowania jednostek organizacyjnych służby zdrowia, a także prawdopodobnie ze względu na trudności w ocenie - co byłoby naprawdę sprawiedliwe. Tym można chyba również wytłumaczyć fakt, że w przeważającej części wskazywano na potrzebę niewielkiego zróżnicowania odpłatności (najmniejsze w przypadku pogotowia ratunkowego - ok. 53%), a przeciwna opinia dotyczyła tylko pobytu w sanatorium (ok. 46% respondentów wskazało na potrzebę znacznego zróżnicowania odpłatności). W pozostałych przypadkach

korzystający postulują w zasadzie niewielkie różnice w opłatach. Wydaje się, że taki właśnie rozkład odpowiedzi świadczy o pewnym proegalitarnym nastawieniu społeczeństwa do omawianego problemu, co może wynikać ze świadomości losowego charakteru zachorowań, a także pilności wielu potrzeb, których niezaspokojenie jest sprawą życia lub śmierci.

Biorąc za punkt odniesienia zmienne społeczno-demograficzne można zauważyć występowanie związku między niektórymi odpowiedziami a wykształceniem oraz wiekiem respondentów. W przypadku zbiorowości organizatorów usług służby zdrowia można zauważyć, iż opinie o konieczności znacznego zróżnicowania odpłatności pojawiają się tu zdecydowanie częściej niż w zbiorowościach korzystających, przez co ich wizja wprowadzenia odpłatności wydaje się wyraźniejsza.

Jednocześnie proponowane konkretne rozwiązania różnią się często w sposób zasadniczy od oceny usługobiorców. Zgodność występuje przede wszystkim w przypadku opłat za pobyt w sanatorium, chociaż pogląd o konieczności znacznego zróżnicowania wyraża aż 3/4 ankietowanych organizatorów usług - natomiast tylko połowa odbiorców. Mimo to przypuszczać można, że jedni i drudzy zdają sobie sprawę z częstego obecnie nadużywania niektórych świadczeń przez osoby stosunkowo zdrowsze, traktujące pobyt w sanatorium jako bezpłatne wczasy wypoczynkowe. Z drugiej strony, istnieje powszechne odczucie, że wiele osób naprawdę chorych powinno korzystać z tych usług w sposób w pełni bezpłatny. W obliczu rzeczywistych potrzeb problem ten ostrzej widzą organizatorzy. Badany personel medyczny uważa także, że duże zróżnicowanie odpłatności powinno dotyczyć wizyt i zabiegów lekarskich (ok. 59%), następnie lekarstw (ok. 54%) i pobytu w szpitalu (ok. 46%), pomocy pogotowia ratunkowego i pomocy laboratoryjnej (ok. 30%) i wreszcie pobytu dziecka w żłobku (tylko 11%). W tym ostatnim przypadku aż 81% ogółu wyrażających opinię uznało, że zróżnicowanie opłat w tym zakresie powinno być niewielkie.

Zaobserwować można, że korzystający dużo rzadziej wyrażali przekonanie o potrzebie niewielkiego różnicowania opłat za pobyt dziecka w żłobku, co trudno jest wytłumaczyć. Sądzić można jedynie, że ze względu na ogromne trudności związane z umieszczeniem dziecka w omawianej placówce, wynikające głównie z braków w in-

infrastrukturze i kadrach, odbiorcy świadczeń skłonni są przypuszczać, że podniesienie opłat dla rodziców posiadających większe dochody, mogłoby spowodować częściową poprawę sytuacji mniej zamożnych, których w żadnym wypadku nie stać na prywatną opiekę nad dzieckiem. Stosunkowo duże różnice występują również w wypowiedziach obu badanych zbiorowości na temat znacznego różnicowania opłat za pobyt w szpitalu (o ok. 20 punktów procentowych), wizyty i zabiegi lekarskie (o ok. 29 punktów procentowych) oraz za lekarstwa (o prawie 20 punktów procentowych), przy czym za większym zróżnicowaniem zawsze opowiadali się usługodawcy.

Sceptyczne postawy korzystających wobec komercjalizacji usług medycznych znajdują potwierdzenie w opiniach na temat postulowanego modelu finansowania służby zdrowia, wyrażanych podczas wcześniejszych badań. W 1987 r. spośród zbiorowości korzystających, którzy ustosunkowali się do problemu, ponad połowa badanych w mieście oraz ok. 65% respondentów na wsi opowiedziała się wówczas za bezpłatnością usług służby zdrowia. Wydaje się, że społeczeństwo wyraźnie akceptowało dotychczasowy system opieki zdrowotnej. Z drugiej jednak strony, prawie 42% uświadamiała sobie możliwość wprowadzenia częściowej lub całkowitej odpłatności za usługi medyczne. Około 28% udzielających odpowiedzi spośród mieszkańców miasta była zdania, że korzystający w części opłacaliby wartość usług a część tej wartości pokrywałoby państwo lub zakład pracy (na wsi ok. 23% badanych). Znacznie mniejsza ich część uważała, iż odpłatność pełna byłaby możliwa w przypadku niektórych usług o wyższym standardzie. Symptomatyczny jest natomiast fakt, iż jedynie niecałe 3% respondentów tej grupy zbiorowości wiejskiej dopuszcza możliwość opłacania przez korzystających pełnej wartości usług, podczas gdy opinię tę podziela ok. 12% badanych w mieście.

Zdecydowanie różny zarówno w mieście, jak i na wsi jest rozkład ocen korzystających z usług w świetle aktualnych wyników badań. Otóż blisko połowa (44%) jest zdania, iż korzystający winien opłacać pełną wartość usługi z możliwością zwrotu poniesionych kosztów przez instytucję ubezpieczeniową; jest to zatem akceptacja rozwiązań opartych na ubezpieczeniach społecznych, mająca rację bytu w systemach ochrony zdrowia wielu krajów i zgodna z kierunkiem reformowania służby zdrowia w Polsce. Wyniki ostatnich badań dowodzą również większej akceptacji dla rozwiązań sensu

stricto komercyjnych. Rośnie bowiem odsetek tych, którzy uważają, iż korzystający winien opłacać niektóre usługi o wyższym standardzie (ok. 19%)⁶.

Za bezpłatnością usług w omawianej sferze opowiedziało się ok. 55% mężczyzn, a tylko ok. 49% kobiet. Podobne relacje wystąpiły w przypadku wariantu drugiego, tj. że część wartości powinien opłacać korzystający, część natomiast państwo lub zakład pracy (odsetek wskazań wynosił odpowiednio ok. 29% dla mężczyzn i ok. 26% dla kobiet). Poglądy na temat pełnej odpłatności są w obu grupach zbliżone, natomiast kobiety zdecydowanie częściej uważają, że opłaty powinny dotyczyć tylko usług o wyższym standardzie (kobiety - 14%, mężczyźni - ok. 8%). Prawdopodobne jest, że uzyskane wyniki związane są z częstym korzystaniem kobiet z usług lekarskich w ogóle, a także z porad specjalistycznych⁷, przez co częściej są one także pacjentami gabinetów prywatnych i spółdzielni lekarskich. Mogą więc przypuszczać, że odpłatność podniosłaby jakość i dostępność usług.

Spróbujmy aktualnie poznać poglądy organizatorów na temat zakresu odpłatności za usługi służby zdrowia, a tym samym ich postawy wobec komercjalizacji.

W świetle wyrażonych opinii w badaniach wcześniejszych zdecydowana większość udzielających odpowiedzi (ponad 3/4) uważa, że część wartości usług służby zdrowia powinien opłacać korzystający z nich, natomiast część państwo lub zakład pracy. Niecałe 11% opowiedziało się za wariantem, w którym korzystający winien opłacać usługi, ale tylko niektóre, o wyższym standardzie. W najmniejszym stopniu, tak jak i w przypadku korzystających, organizatorzy opowiedzieli się za opłacaniem pełnej wartości usług służby zdrowia

⁶ Na tle przytoczonych danych można przyjąć, iż aktualnie wśród różnych wariantów relatywnie największą aprobatę uzyskałby taki model organizacyjny służby zdrowia, w którym funkcjonowałyby równoległe dwa systemy usług: rynkowy i pozarynkowy. Zbliżone wyniki uzyskał inny autor. Wynika z nich, że ok. 47% mieszkańców miasta i ok. 25% mieszkańców wsi opowiedziało się za zalegalizowaniem nieformalnych opłat w służbie zdrowia. Por. J. H a l i k, Nieoficjalne usługi w służbie zdrowia, "Wektory Gospodarki" 1987, nr 8.

⁷ Por. A. O s t r o w s k a, Elementy kultury zdrowotnej społeczeństwa polskiego, Ośrodek Badania Opinii Publicznej i Studiów Programowych, Warszawa 1980, s. 78-81.

- ok. 3%. Na zbliżonym poziomie kształtowały się również propozycje opłacania przez korzystających tylko niektórych usług, o wyższym standardzie (w zbiorowości korzystających ok. 12%, zbiorowości organizatorów - 11%). Za symptomatyczne uznać należy, że tylko niecałe 8% ogółu wyrażających opinię wskazało, że usługa powinna być bezpłatna, podczas gdy ponad połowa korzystających wskazała właśnie na ten wariant rozwiązań.

Wydaje się więc, że usługodawcy w dużo większym stopniu niż korzystający obciążają winą za istniejące niedobory i marnotrawstwo funkcjonujący dotychczas, bezpłatny sposób podziału świadczeń zdrowotnych. Są zatem zdania, że lepsza byłaby częściowa odpłatność niż całkowity jej brak.

Z punktu widzenia wyróżnionych sposobów rozwiązań, powiedzieć można, że respondenci zdecydowani byli przyjąć model oparty na pełnej komercjalizacji, chociaż nie na wszystkie usługi. W każdej z badanych zbiorowości stanowili oni ok. 14% ankietowanych. Traktując w sposób analogiczny tych, którzy opowiedzieli się za wariantem drugim, można uznać ich za zwolenników modelu mieszanego, tj. opartego na częściowej komercjalizacji usług. Przypomnijmy, że w zbiorowości korzystających stanowili oni niewiele ponad 1/3, podczas gdy w zbiorowości organizatorów ponad 3/4.

W trakcie bliższej analizy okazało się, że rodzaj wyrażonej opinii zależał od wykształcenia, dochodów, a także pici respondentów. W aktualnie akceptowanym modelu finansowania ochrony zdrowia tylko 18% spośród korzystających opowiedziało się za bezpłatnością usług służby zdrowia. Jeśli natomiast łącznie potraktować wypowiedzi dopuszczające możliwość odpłatności sensu stricto bądź refundowanej to odsetek ocen akceptujących takie rozwiązanie wynosi ponad 60%. W modelu tym ponadto tylko 14% spośród udzielających odpowiedzi akceptuje wariant, aby część wartości opłacał korzystający, a część państwo lub zakład pracy.

Jeśli wziąć pod uwagę tych, którzy opowiadają się za bezpłatnością usług (ok. 18%) to w ich opinii z bezpłatnej opieki zdrowotnej powinni przede wszystkim korzystać przewlekłe chorzy i inwalidzi (ok. 56%), w dalszej kolejności cierpiący na choroby społeczne (32%) oraz ludzie w wieku poprodukcyjnym (ok. 32%). Najmniej istotnym kryterium w tym zakresie jest fakt pracy w służbie

zdrowia (ok. 9%), a także pracy w ciężkich warunkach i zagrożenie chorobami zawodowymi (ok. 11%).

W świetle interpretowanych wyników rysuje się zupełnie różny od postulowanego wcześniej model finansowania ochrony zdrowia. Wydaje się, że w związku ze zmieniającymi się uwarunkowaniami zewnętrznymi, a także w sytuacji dość szybkiego rozwoju prywatnych form opieki zdrowotnej pacjenci sami dostrzegają potrzebę zmian w zakresie, z jednej strony, źródeł zasilania tej sfery, z drugiej zaś doceniają prawdopodobnie sytuację, w której istnieje konkurencja, a oni sami mogą wybrać usługi o wyższym standardzie, w znacznie większym stopniu satysfakcjonujące ich, lepiej zaspokajające ich potrzeby zdrowotne.

Grażyna Hereźniak

CONDITIONS AND POSSIBILITIES OF COMMERCIALIZING
HEALTH CARE SERVICES
(RESEARCH FINDINGS)

The article contains a diagnosis of the public health care system based on the empirical studies carried out in 1987 and 1990, and general prerequisites of introducing payments in this field of social services.

The analysis has encompassed the following issues:

- conditions and limits of commercializing health care services,
- principles and criteria of differentiating payments for them,
- socially accepted model of financing health care.