ACTA UNIVERSITATIS LODZIENSIS
FOLIA OECONOMICA 71, 1987

Krystyna Piotrowska-Marczak*

DYLEMATY REFORMY SYSTEMU FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA

Reforma gospodarcza w Polsce, wprowadzona prawem w 1982 r., skoncentrowana została na sferze materialnej; nie pozostało to jednak bez wpływu na sferę niematerialną i potrzebę zmian systemu ekonomiczno-finansowego dotychczas obowiązującego. Stąd rok 1982 stanowi dobry punkt odniesienia dla porównań między tym co było do tej pory, a tym co projektuje się zmienić we wszystkich działach sfery niematerialnej, a także i w ochronie zdrowia.

System finansowania, rozumiany jako proces gromadzenia i rozdziału scentralizowanych i zdecentralizowanych funduszów pieniężnych[1], regulowany normami prawa i zasadami organizacyjnymi w odniesieniu do całej sfery niematerialnej, a w tym także i do ochrony zdrowia, charakteryzował się przede wszystkim trwałością, stabilnością i niezmiennością w czasie, w przeciwieństwie do sfery materialnej, a szczególnie do systemu finansowania przedsiębiorstw. Niewielkie zmiany, które wprowadzono, można określić jako bariery nie mające wpływu na kształt całego układu. Taka sytuacja wywołała określone skutki zarówno w stanie infrastruktury ochrony zdrowia, jaki i zabezpieczeniu potrzeb zdrowotnych ludności. Stąd, zanim się przejdzie do oceny proponowanych zmian systemowych trzeba określić względnie precyzyjnie punkt startu reformy.

Należy wyjść od stwierdzenia, jakie czynniki warunkują zapotrzebowanie na usługi ochrony zdrowia. Zasadniczą rolę odgrywają tu trzy procesy: starzenie się ludności, nadumieralność mężczyzn, stan zdrowia ludności w wieku produkcyjnym. Odsetek ludności w

---

* Dr habil., docent w Katedrze Finansów UŁ.

[1] Por. definicja systemu finansowego, Finanse, red. E. Czerwińska, J. Wierzbicki, PWN Warszawa 1980, s. 61.

wieku powyżej 60 lat w dwudziestoleciu 1960-1980 wzrósł z 9,6% do 13,2%[2]. Różnica w przeciętnym trwaniu życia mężczyzn w porównaniu z długością życia kobiet w roku 1980 wynosiła 8,4%[3]. Z przeprowadzonych w latach 1980-1981 badań przeglądowych czterdziestolatków wynika, że 37,5% tej populacji można uznać za zupełnie zdrowych.[4]

Przedstawione dane dowodzą, że potrzeby w zakresie ochrony zdrowia narastają. W tych warunkach wydaje się logiczne pytanie o stan bazy zabezpieczającej zaspokojenie tych potrzeb. Z 626 szpitali, które funkcjonowały w Polsce w 1982 r., 151 mieściło się w nowych obiektach, a 475 w budynkach sprzed I i II wojny światowej.[5] Dodatkowo pogarsza sytuację fakt, że w latach 1981-1982 stopień realizacji zadań inwestycyjnych wynosił 20,3%. Takie opóźnienie jest szczególnie dotkliwe, jeśli weźmie się pod uwagę, że w 1982 r. liczba łóżek szpitalnych na 10 tys. mieszkańców średnio dla Polski wynosiła 56,3, a były takie rejony jak województwo radomskie, gdzie wskaźnik ten wynosił 33,1. Równocześnie należy wskazać, że względne zaspokojenie potrzeb następuje wtedy, kiedy poziom wskaźnika wynosi 70 łóżek na 10 tys. mieszkańców[6]. Zabezpieczenie potrzeb w dziedzinie tzw. stacjonarnej opieki zdrowotnej jest dalekie od poziomu dostatecznego. Podobnie źle przedstawia się sytuacja, jeśli chodzi o tzw. podstawową opiekę zdrowotną. Dotyczy to głównie wsi, gdzie na jeden ośrodek zdrowia w 1982 r. przypada 4,5 tys. ludności, a w niektórych województwach - np. konińskim - 6,3 tys. Podobnie źle przedstawia się zabezpieczenie potrzeb w zakresie opieki społecznej. W 1982 r. liczba oczekujących na miejsce w domach opieki społecznej wynosiła 12 760 osób. Przytoczone ilustracje liczbowe świadczą o zasadniczych brakach w bazie materialnej ochrony zdrowia. Na tym tle powstaje pytanie o kadrę - jako następny czynnik omawianego procesu.

W 1984 r. wskaźnik liczby lekarzy na 10 tys. ludności wynosił

---

[2] Program Ochrony Zdrowia i Opieki Społecznej w latach 1982-1985. MZiOS, Warszawa, czerwiec 1982 (mpis powiel), s. 5.

[3] Ibidem, s. 6.

[4] Ibidem, s. 13.

[5] K. Piotrowska-Marczak, Problemy finansowania ochrony zdrowia, "Polityka Społeczna" 1986, nr 2.

[6] M. Miśkiewicz, Ochrona zdrowia, [w:] Polityka społeczna, red. A. Rajkiewicz, PWE, Warszawa 1973, s. 427.

w Polsce 19,4, podczas gdy analogiczne wskaźniki w 1980 r. w Bułgarii były na poziomie 24,6, w Czechosłowacji 27,2, w Austrii 24,2. Wyrównanie tych dysproporcji wymaga między innymi wzrostu środków pieniężnych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia. Problem jest szczególnie skomplikowany, bowiem w ostatnich latach następuje znaczny wzrost kosztów leczenia, na co miał wpływ przede wszystkim wzrost cen. W 1982 r. w porównaniu z 1981 r. nastąpiła podwyżka kosztów leczenia szpitalnego 1 osoby przez 1 dzień z 636 zł do 1175 zł, co stanowi wzrost o 84,7%.

Podobnie przedstawia się sytuacja w odniesieniu do 1 hospitalizowanego. W tym przypadku wzrost w kwotach bezwzględnych nastąpił z 8586 zł do 15 585 zł, czyli o 81,5%.[7] Przytoczony wzrost kosztów w szpitalach miał miejsce także i w innych placówkach należących do resortu zdrowia i opieki społecznej, np. koszt jednego miejsca w żłobku wzrósł z 2931 zł w 1981 r. do 5137 zł w 1982 r.[8]

W sumie globalne wydatki budżetowe w 1982 r. przeznaczone na Resort Ochrony Zdrowia i Opieki Społecznej wynosiły 211 431,8 mln zł, z czego 82,8% było wydatkowanych przez budżet centralny, a 17,2% przez budżet terenowy. Strukturalnie rzecz biorąc, 47,7% globalnych wydatków było przeznaczonych na płace i ich pochodne, 19,9% na wydatki rzeczowe, 10,8% na leki, 4,7% na żywienie, 6,9% na pozostałe.

Z kolei jednostkowy wyraz omawianych nakładów stanowią środki przeliczane na 1 mieszkańca. W 1982 r. wynosiły one 4932 zł[9], i - co warte jest podkreślenia - były znacznie zróżnicowane terytorialnie. Dla przykładu, analogiczny wskaźnik dla województwa łódzkiego wynosił 6186 zł, a dla województwa siedleckiego 2686 zł.

Przytoczone dane charakteryzują stan ochrony zdrowia w momencie, kiedy w Polsce rozpoczęła się reforma gospodarcza, która stopniowo zataczała coraz szersze kręgi, zaczęła obejmować i sferę niematerialną.

Generalnie należy stwierdzić, że w momencie startu do reformy stan zabezpieczenia w usługi ochrony zdrowia w Polsce był daleki

---

[7] Analiza ekonomiczna i kompleksowa ocena działalności resortu Zdrowia i Opieki Społecznej w 1982 roku, MZiOS, Warszawa 1983 (mpis powiel.), s. 76-77.

[8] Ibidem, s. 151.

[9] Ibidem, s. 72.

BUŁ

od dostatecznego poziomu. Jak powszechnie wiadomo, "zapotrzebowanie na usługi w zakresie szkolnictwa, oświaty, ochrony zdrowia itp. z reguły przekraczają możliwości budżetu państwa"[10]. Zatem szczególnie w warunkach ograniczonych środków pieniężnych należy się zastanowić nad racjonalnym ich wykorzystaniem. Problem ten jednak w całej sferze niematerialnej, a w tym w ochronie zdrowia, jest bardzo skomplikowany, gdyż efekt, który w sferze materialnej jest miarą właściwego wykorzystania nakładów - w sferze niematerialnej jest bezpośrednio niemierzalny. Do tego dochodzi fakt wewnętrznego zróżnicowania sfery niematerialnej. Są działy, w których odległość w czasie między nakładem a efektem jest stosunkowo niewielka, do nich należy ochrona zdrowia, oraz takie, w których odległość ta jest bardzo duża - np. oświata.

Ponieważ w planowaniu, finansowaniu, konsumpcji dóbr, usług należących do sfery niematerialnej problem braku możliwości określenia efektów jest istotną barierą utrudniającą racjonalną gospodarkę i dobór właściwego modelu polityki, czyni się próby, aby znaleźć odpowiednie rozwiązanie, przynajmniej w przybliżeniu umożliwiające określenie efektu. W odniesieniu do ochrony zdrowia takie proporcje opracowano w stosunku do szpitali. Uznano, że ekonomiczna efektywność działalności szpitali jest to "... stosunek nakładów finansowych, a ściślej mówiąc - kosztów do wyników jego działalności określonych liczbą leczonych chorych"[11]. Obok tego posłużono się pojęciem medycznej efektywności szpitali, przyjmując, że jest to stosunek nakładów czynników leczniczych (przez które rozumie się personel działalności podstawowej, lekarstwa i środki farmaceutyczne oraz opatrunki, sprzęt i aparaturę medyczną, wreszcie produkty żywnościowe) do efektów leczenia. Te ostatnie zaś mogą być mierzone liczbą leczonych chorych. Ponieważ koszt leczenia różnych chorych jest odmienny, wprowadza się kategorię chorego statystycznego. Jest to jednostka, która reprezentuje proporcje ilościowe różnych chorych w szpitalu i dzięki temu umożliwia porównanie ze sobą działalności szpitali leczących różne rodzaje

---

[10] M. Pohorille, Spożycie zbiorowe i świadczenia społeczne, PWE, Warszawa 1979, s. 119.

[11] M. Nieduszyński, Analiza jednostkowych kosztów szpitali (optymalizacja działalności szpitali), "Studia Finansowe" 1974, nr 17, s. 108.

chorób[12]. Aby obliczyć koszt leczenia chorego statystycznego, trzeba wziąć pod uwagę koszt 1 chorego w 9 specjalnościach podstawowych (interna, chirurgia, ginekologia, choroby dziecięce, zakażenia gruźlicze, laryngologia, okulistyka). Następnie, czyniąc za podstawę koszt jednostkowy oddziału wewnętrznego, obliczyć odpowiednie wagi dla pozostałych oddziałów. Taka konstrukcja pozwala w dalszej kolejności obliczyć wskaźnik sprawności leczenia. Wskaźnik ten z kolei wyraża stosunek liczby łóżek na 1 lekarza i 1 pielęgniarkę do wskaźnika przelotowości chorych, który z kolei jest miarą liczby chorych w stosunku do liczby dni ich hospitalizacji. Łącznie wskaźnik sprawności leczenia i koszt leczenia chorego statystycznego prowadzą do ustalenia poziomu gospodarności konkretnego szpitala.

Przytoczone propozycje zmierzają do ujęcia w sformalizowane ramy kwestii dotyczących zdrowia człowieka. Takie postępowanie poprawne metodologicznie zaciera niuanse związane z leczeniem pacjenta jako konkretnej osoby, a nie statystycznej kategorii. Ponadto w omawianych próbach ciężar całego postępowania sprowadza się do uznaniowego ustalenia wag przypisywanych poszczególnym oddziałom szpitalnym. Następna sprawa dotyczy momentu, do którego odnosi się efekt - uznano w tym przypadku, że jest to chory czy leczony, a wydaje się, że powinien nim być zdrowy i wyleczony, podobnie jak w oświacie nie może to być kształcony, ale wykształcony, wtedy bowiem osiąga się punkt finalny opisywanego procesu - leczenia czy szkolenia.

Wszystkie te uwagi krytyczne nie zwalniają od obowiązku poszukiwania rozwiązania bardziej adekwatnego do specyfiki określonej działalności.

Jeśli nie można precyzyjnie określić efektu w ochronie zdrowia, to trzeba się zastanowić nad stworzeniem optymalnych, z racjonalnego punktu widzenia, warunków świadczenia usług. Jedną z płaszczyzn, na której można próbować tego dokonać, jest system finansowania. Teoretycznie biorąc, można go oprzeć na dwóch metodach: bezpośredniego i pośredniego finansowania[13].

---

[12] Ibidem, s. 111.

[13] Z. P i r o ż y ń s k i, Budżet a finansowanie działalności nieprodukcyjnej, "Studia Finansowe" 1969, nr 7-8, s. 108 i n.

W przypadku metody pierwszej poszczególne placówki lub zespoły placówek - w zależności od przyjętego systemu organizacji - uzyskują ze źródeł społecznych środki pieniężne, które przeznaczone są na pokrycie poniesionych przez te placówki nakładów. Tym samym w momencie rozdziału środków na szczeblu centralnym decyduje się o rozmiarach działalności niematerialnej w całości czy poszczególnych jej działów, co znajduje odbicie w strukturze np. wydatków budżetowych. Jest to zatem metoda, w której abstrahuje się od rzeczywistych kosztów i nie stwarza tym samym zainteresowania ich uzasadnioną społecznie obniżką. Z drugiej strony, biorąc pod uwagę fakt, iż określenie i pomiar efektów działania poszczególnych jednostek ochrony zdrowia jest - jak już stwierdzono - bardzo skomplikowany i na obecnym etapie rozwoju nauki w całym szeregu przypadków wręcz niemożliwy, narzucenie z zewnątrz struktury nakładów stwarza dosyć dogodną sytuację. Wynika to przede wszystkim z przyjętego w teorii założenia o uzyskaniu w tej drodze zbliżonego standardu usług świadczonych przez różne jednostki tego samego typu. Jest to dalece posunięte uproszczenie, gdyż np. warunki infrastrukturalne funkcjonowania danej placówki często wyznaczają jej rzeczywiste koszty i decydują o jakości usług. Mimo tych zastrzeżeń, metoda ta jest dosyć szeroko stosowana w polskiej praktyce finansowej, co spowodowane jest - oprócz wymienionych względów - prostotą procedury ustalania zapotrzebowania i przekazywania środków pieniężnych.

Metoda druga - pośredniego finansowania - polega na zakupie usług np. przez budżet państwa w danych placówkach jej świadczących. W tym przypadku występuje sytuacja, w której nakłady są niejako w sposób wtórny finansowane z budżetu, a równocześnie istnieje możliwość uzyskania określonych nadwyżek finansowych stanowiących swoistego rodzaju zysk. W tym układzie istnieje możliwość uruchomienia takich systemów motywacyjnych, dzięki którym nastąpi lepsze wykorzystanie środków społecznych i poprawa jakości usług. Dodatnie strony finansowania pośredniego natrafiają na istotną barierę w postaci konieczności ustalenia cen usług. Trudności w tym zakresie stwarza głównie konieczność oparcia ceny na koszcie jednostkowym. Wymaga to szczegółowych analiz i wieloletnich obserwacji kosztów. Brak takich poczynań w dotychczasowej praktyce spowodował, że odrobienie tych zaległości jest możliwe jedynie po kilku latach po przeprowadzeniu szczegółowych studiów w tym zakresie. Dodatkowe kłopoty stwarza system formalno-prawny

kalkulacji kosztów. Nie jest np. w całej sferze niematerialnej naliczana amortyzacja, co powoduje, że globalne koszty są zaniżone o sumy odtworzenia majątku trwałego poszczególnych jednostek.

Aby uniknąć nieporozumień, trzeba - mówiąc o obu metodach - zwrócić uwagę, że w każdym z przypadków można mieć do czynienia z systemem bezpłatnego rozdziału usług dla ich odbiorców, co oczywiście nie wyklucza stosowania częściowej czy pełnej odpłatności. Zarówno w metodzie bezpośredniego, jak i pośredniego finansowania, punktem wyjścia jest usługodawca, a nie odbiorca[14].

Wybór metody finansowania implikuje charakter gospodarki finansowej danej jednostki. Przy metodzie bezpośredniego finansowania jest ona bardziej bierna w cechach wykonawczych. Natomiast wprowadzenie metody pośredniego finansowania powoduje uaktywnienie gospodarki, a jej realizacja może być inspirowana wewnątrz przez kierownictwo placówki.

Bezpośrednia i pośrednia metoda finansowania znajduje konkretny kształt w dwóch systemach finansowania: podmiotowym i przedmiotowym. W systemie podmiotowego finansowania wiodącą jest jednostka prowadząca określoną działalność np. szpital. Przy czym jednostki te mogą być zorganizowane na zasadzie powiązania z budżetem zarówno brutto, jak i netto. Odpowiada to dwu formom organizacyjnym: jednostce budżetowej i zakładowi budżetowemu. Idea działania tego systemu jest podobna do dotacji podmiotowych dla przedsiębiorstw produkcyjnych. Jest to system oparty na bezpośredniej metodzie finansowania, zatem posiada wszystkie jej zalety i wady; mimo to przez fakt dominacji w sferze niematerialnej utrwalił się i ustabilizował. Dopiero w dyskusjach prowadzonych w związku z planowaną reformą gospodarczą, na początku lat osiemdziesiątych podjęto krytykę tego systemu i zaczęto zastanawiać się nad jego zmianą. Towarzyszyło temu zainteresowanie drugim z kolei systemem - finansowaniem przedmiotowym.

Podstawy tego systemu są podobne do założeń na jakich funkcjonują przedsiębiorstwa produkcyjne. W tym przypadku jednostki sfery niematerialnej funkcjonujące w tym systemie sprzedają od-

---

[14] Z. P i r o ż y ń s k i, Finansowe instrumenty zarządzania w sferze społecznego funduszu spożycia, [w:] Problemy finansowania działalności niematerialnej, red. J. C h e c h l i ń s k i, K. S z y m a ń s k a - P i o t r o w s k a, PWE, Warszawa 1979.

płatnie usługi, z tym jednak, że nie ma to miejsca na rynku, a konsument nie ponosi ciężaru opłat. Usługi kupuje od ich "producentów", np. budżet. Specyfika tego systemu polega głównie na tym, że tworzy się popyt na usługi, co warunkuje ich ilościowe rozmiary. Te cechy powodują, że system finansowania podmiotowego określa się mianem systemu podażowego, a system finansowania przedmiotowego - systemem popytowym. "Wyznaczenie rozmiarów działalności w systemie finansowania podmiotowego następuje przez określenie poziomu nakładów (kosztów), które z kolei warunkują założoną podaż usług, w systemie finansowania przedmiotowego zaś - przez określenie wielkości zakresu usług, co tworzy popyt na usługi w jednostkach nieprodukcyjnych"[15].

Oceniając oba omawiane systemy, należy zwrócić uwagę na ich charakterystyczne cechy, a następnie odpowiedzieć na pytanie, jakie warunki muszą być spełnione, aby mogły one być zastosowane.

System finansowania podmiotowego - jak to podkreśla wielu autorów[16] - odznacza się szczególnie tym, iż nie wiąże w dostateczny sposób kosztów z liczbą i jakością usług. W praktyce oznacza to, że wzrost kosztów nie następuje w miarę wzrostu liczby usług.

Z kolei system finansowania przedmiotowego wprawdzie wprowadza warunki do racjonalnej gospodarki finansowej, ale stwarza problem znalezienia odpowiednich mierników działalności, które byłyby podstawą do ustalenia wysokości opłat. Wymaga do dostosowania wymogów systemu odpowiednich nakładów planistycznych, ewidencyjnych i kalkulacyjnych. Przełamanie tych barier może jednak zaprocentować w postaci wprowadzenia do jednostek sfery niematerialnej odpowiedniego systemu motywacyjnego powiązanego z zainteresowaniem materialnym pracowników.

W literaturze[17] panuje dosyć zgodny pogląd, że wprowadzenie jednego z omawianych systemów traktowanego jako uniwersalny, nie jest możliwe. Uważa się, że system finansowania podmiotowego należy stosować wszędzie tam, gdzie efektu działalności nawet w przybliżeniu nie można określić, a ustalenie kosztu jednostkowego ze względu na brak odniesienia jest także niemożliwe. To rozwiązanie

---

[15] Ibidem, s. 99.

[16] R. F a l k i e w i c z, Finansowanie usług socjalno-kulturalnych a polityka społeczna, [w:] Problemy ..., s. 44.

[17] P i r o ż y ń s k i, Finansowe instrumenty ..., s. 107.

wydaje się logiczne i nie wymaga szerszego uzasadnienia. Inne natomiast ograniczenia, które w teorii i praktyce się proponuje, są kontrowersyjne. Do takich ograniczników należy słaba korelacja między liczbą usług a kosztami. Wydaje się, że jest to sprawa nieodrzucenia systemu finansowania podmiotowego, a doboru właściwych mierników kosztów, nawet przy wprowadzeniu ich zróżnicowania w zależności od rodzaju kosztów. Z kolei uważa się, że system przedmiotowy może być wprowadzony tam, gdzie występuje duża jednorodność usług, np. w żłobkach. W dotychczasowym finansowaniu ochrony zdrowia przeważał system podmiotowy, głównie w postaci finansowania podmiotowego brutto. Obejmowano nim: szpitale, izby chorych, izby porodowe, zakłady dla nerwowo i psychicznie chorych, sanatoria przeciwgruźlicze, przychodnie, stacje pogotowia ratunkowego, a od 1972 r. Zespoły Opieki Zdrowotnej. Z kolei finansowanie podmiotowe netto stosowano w żłobkach, a finansowanie przedmiotowe w sanatoriach i zakładach uzdrowiskowych.

Przyjęte rozwiązania krytykowano[18] uważając, że system finansowania podmiotowego brutto w ochronie zdrowia może być stosowany tam, gdzie wchodzą w grę urządzenia utrzymywane w stanie gotowości do świadczenia usług, np. stacje pogotowia ratunkowego; ma tu bowiem uzasadnienie brak powiązania kosztów z liczbą usług. Z kolei proponowano, aby finansowanie podmiotowe netto stosować w dwóch przypadkach: 1) gdy istnieje możliwość rozszerzenia działalności na podstawie odpłatności usług i 2) gdy dana jednostka jest finansowana z kilku źródeł. Może się to zatem odnosić do żłobków.

System finansowania przedmiotowego uznaje się za odpowiedni dla tych instytucji ochrony zdrowia, które określone były wcześniej jako lecznictwo otwarte, a potem jako podstawowa opieka zdrowotna. Proponuje się, aby w tym przypadku opłaty rozliczeniowe wzorować na spółdzielniach lekarskich, gdzie miernikiem usług są: porady lekarskie, badania laboratoryjne, zabiegi zweryfikowane o kwalifikacje lekarzy. Następnie twierdzi się, że jest możliwe takie wprowadzenie systemu finansowania przedmiotowego do szpitali, które określa się jako typowe lub powszechne, włączone do ZOZ. Podstawą opłaty rozliczeniowej w tym przypadku może być hospitali-

---

[18] Z. P i r o ż y ń s k i, Model gospodarki budżetowej a finansowanie ochrony zdrowia, "Finanse" 1976, nr 3.

zowany, czyli przypadek chorobowy. W przedstawionych rozważaniach poza problemem metody, systemu i formy finansowania, istotną rolę odgrywa kwestia źródeł zasilania pieniężnego. Ona bowiem w swoim kształcie i rozmiarach decyduje o powodzeniu konkretnego rozwiązania.

Przesłanki społeczne powodują, że nie chcąc uzależnić możliwości leczenia od poziomu dochodów osobistych ludności, odrzuca się koncepcję odpłatnych usług w ochronie zdrowia. W tych warunkach powstaje konieczność wykorzystania źródeł społecznych. W tym zakresie Z. Pirożyński zaproponował trzy warianty rozwiązań[19]:

1. Głównym źródłem finansowania jest budżet państwa, którego dochody tworzą wpłaty z gospodarki uspołecznionej, opodatkowania gospodarki nieuspołecznionej oraz ludności.

2. Obciąża się zakłady pracy, zarówno przedsiębiorstwa jak i instytucje nieprodukcyjne, składką na pokrycie ochrony zdrowia, która stanowi element kosztów własnych.

3. Obciąża się gospodarstwa domowe stałymi składkami celowymi - podobnie jak ma to miejsce w systemach ubezpieczeń.

Z. Pirożyński opowiada się za rozwiązaniem drugim, opierając się na czterech argumentach:

1) obciążenie zakładów pracy składką pozwoli na zachowanie związku między kosztami ochrony zdrowia a utrzymaniem siły roboczej;

2) zróżnicowanie opłat może stanowić bodźce dla przedsiębiorstw w kierunku ograniczenia absencji;

3) powiązanie między kosztami i opłatami celowymi zapewni wzrost wydatków proporcjonalny do liczby ubezpieczonych;

4) opłaty celowe stworzą możliwość rozszerzenia bezpłatnego lecznictwa na całe społeczeństwo.

Ten ostatni argument stał się praktycznie nieaktualny po 1972 r., kiedy społeczną, bezpłatną służbą zdrowia objęto indywidualnych rolników.

Przedstawione propozycje - jak twierdzi Z. Pirożyński - oznaczają możliwość wprowadzenia odpłatności ludności tam, gdzie to jest społecznie i ekonomicznie uzasadnione; np. przy zakupie leków chodzi o to, aby przeciwdziałać ich marnotrawstwu. W konkluzji przedstawionych propozycji stwierdza się, że gestorem środków na ochronę zdrowia powinien być budżet, który może oddziaływać na

---

[19] P i r o ż y ń s k i, Budżet ..., s. 129.

wielkość i strukturę kosztów. Stąd występuje opozycja przeciwko zasadzie odpłatności i pośredniego finansowania kosztów z budżetu przez opłacanie usług oferowanych bezpłatnie. Wymagałoby to zawiłego systemu ewidencji i kalkulacji. "Dlatego też nie wydaje się celowe stosowanie w służbie zdrowia takich rozwiązań, które upodobniłyby instytucje służby zdrowia do przedsiębiorstw"[20].

Zaprezentowane rozwiązania zostały umieszczone w serii teoretycznych propozycji, które przez wiele lat nie budziły zainteresowania i nie były nawet przedmiotem dyskusji żadnego z resortów. Dopiero zapoczątkowana w 1982 r. reforma gospodarcza została zakreślona tak szeroko, że po raz pierwszy przedmiotem rozważań uczyniono także sferę niematerialną, w tym i ochronę zdrowia. W pierwszej kolejności określono podstawowe wady dotychczasowego systemu finansowania. Lista ta przedstawiona została przez Zespół Sfery Usług Społecznych, Podzespół Ochrony Zdrowia[21], Komisji Reformy Gospodarczej. Zawierała ona następujące elementy:

1) nierealność norm budżetowych,

2) brak swobody dysponowania własnymi dochodami,

3) brak własnych funduszów, np. amortyzacyjnego,

4) brak możliwości przesuwania środków wewnątrz zatwierdzonego budżetu,

5) wygasanie kredytów budżetowych na koniec roku.

Na tej podstawie określono główne cele reformy systemu finansowania ochrony zdrowia. Są to:

1) stworzenie mechanizmu zasilania jednostek podstawowych w środki, których rozmiary i struktura będą zależne od zakresu wykonywanych zadań;

2) zwiększenie samodzielności i elastyczności działania jednostek podstawowych;

3) stworzenia mechanizmu wzmacniającego finansową, prestiżową i organizacyjną pozycję podstawowej opieki zdrowotnej;

4) stworzenie mechanizmu efektywności funkcjonowania opieki zdrowotnej[22].

---

[20] Ibidem, s. 132.

[21] Cele i zasady reformy gospodarczej w ochronie zdrowia (projekt) (mpis powiel.).

[22] Usługi społeczne, red. A. Ł u k a s z e w i c z, PWE, Warszawa 1984, s. 105.

Zabezpieczeniem dla tak sformułowanych celów ma być organizacja systemu ochrony zdrowia oparta na zasadzie spójności, szczeblowości i drożności[23].

W pierwszym przypadku chodzi o takie powiązanie między wyodrębnionymi służbami zdrowia (np. służba zdrowia MON, kolejowa), aby zapewnić efektywność ich wykorzystania.

Zasada szczeblowości powinna z kolei przyczyniać się do takiego zintegrowania poszczególnych poziomów służb zdrowia, np. szczebla podstawowej opieki zdrowotnej ze szczeblem specjalistycznym, aby zapewnić jak najlepsze zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych ludności.

I wreszcie zasada drożności ma na celu zabezpieczenie jak najkrótszej drogi, którą trzeba przejść idąc kolejnymi szczeblami, aby zaspokoić określoną potrzebę zdrowotną.

Wymienione zasady mają obowiązywać w nowym systemie organizacji i finansowania placówek ochrony zdrowia. Prowadzi to do konieczności zweryfikowania układu dotychczasowego. Stąd proponuje się zmianę form gospodarki finansowej; w miejsce jednostek budżetowych, zakładów budżetowych oraz w niektórych przypadkach przedsiębiorstw, proponuje się wprowadzenie zmodyfikowanej wersji jednostek budżetowych, zakładów świadczeń społecznych oraz przedsiębiorstw użyteczności publicznej.

Modyfikacja jednostek budżetowych[24] ma polegać przede wszystkim na:

1) możliwości dokonywania zmian między poszczególnymi rodzajami wydatków;

2) możliwości niepełnego wykorzystania kredytów bankowych w danym roku kalendarzowym, bez niebezpieczeństwa ich utraty;

3) utworzeniu funduszu amortyzacyjnego;

4) utworzeniu funduszu motywacyjnego.

Obok jednostek budżetowych w nowej postaci, proponuje się utworzenie zakładu świadczeń społecznych, który "byłby formą organizacji użyteczności, posiadającą dochody z tytułu sprzedaży usług dysponentowi publicznych funduszy na podstawie ceny lub kosztu

---

[23] Ibidem, s, 106-111.

[24] Ibidem, s. 135 i n.

rozliczeniowego usług"[25]. Formę tę traktuje się jako formę przyszłościową. Głównym elementem tak określonego systemu ma być jednostka podstawowa, którą może być np. pojedynczy szpital czy przychodnia, bądź ich kombinacje. Tak pojmowana jednostka podstawowa powinna pokrywać wydatki wpływami ze sprzedaży usług, czyli powinna być samofinansująca. W związku z tym powinna także posiadać możliwość korzystania z kredytu.

Opłaty od pacjentów i opłaty uiszczane przez dysponenta publicznego mają pokrywać pełną cenę usługi lub dobra.

Dysponentem społecznego funduszu spożycia może być: budżet centralny, terenowy, wspólnota terytorialna, fundusz ochrony zdrowia, instytucje ubezpieczeniowe. W tym zakresie poddaje się pod dyskusję trzy warianty[26], gdzie dysponentem jest:

1) instytucja ubezpieczeń społecznych,
2) budżet państwa,
3) system mieszany.

W odniesieniu do cen usług proponuje się dwa układy: ceny jednolite ustalone dla województwa, rejonu czy pewnych rodzajów usług; ceny negocjowane ex ante między jednostką podstawową a dysponentem publicznym (mogą być to ceny jednolite dla całego kraju bądź tylko województwa). Ponadto zakłada się odstępstwa od ustalonych cen spowodowane różnymi warunkami realizacji usług. Cena musi zawierać pokrycie nie tylko kosztu, ale nadwyżkę przeznaczoną na modernizację, rozszerzenie bazy oraz fundusze motywacyjne. Dlatego też koszty powinny być niższe od ceny, a różnica stanowiłaby zysk. Nadmierny zysk byłby odprowadzany do budżetu.

W jednostce podstawowej tworzy się fundusz rezerwowy na pokrycie strat, które mogą być także finansowane kredytem. Przewiduje się, tak jak w odniesieniu do przedsiębiorstw sfery materialnej, bankructwo i likwidację jednostki, wtedy jednak, jeśli nie godzi to w interes społeczny.

I wreszcie proponuje się wprowadzenie w jednostkach podstawowych systemu motywacyjnego. Opiera się to głównie na określonym systemie wynagradzania lekarzy i średniego personelu medycznego. Proponuje się, aby płaca składała się z dwóch części: stałej, sta-

---

[25] Ibidem, s. 136.

[26] Cele i zasady ...

nowiącej 70-75%, której wysokość zależałaby głównie od stażu pracy i kwalifikacji danej osoby, oraz ruchomej, będącej uzupełnieniem do 100%, uzależnionej od jakości pracy. W finansowaniu tej części pracy obok budżetu mógłby także uczestniczyć NFOZ. Ponadto proponuje się nagrody pochodzące z części zysku wygospodarowanego wskutek obniżki kosztów. Przewiduje się jednocześnie przywileje rzeczowe w postaci ułatwienia w zakupie samochodu czy uzyskania mieszkania.

Zwieńczeniem propozycji zmian systemu finansowania ochrony zdrowia są przedstawione mierniki - stanowiące podstawę odniesienia dla ustalenia kosztów jednostkowych. W szpitalach typowych i podstawowej opiece zdrowotnej ma to być pacjent, a w lecznictwie specjalistycznym porada i konsultacje[27]. Przewiduje się, że wdrożenie tak skonstruowanego systemu mogłoby nastąpić po 2-3-letnim okresie przejściowym, pełniącym funkcję okresu przygotowawczego.

Zaproponowany system jest zwartą konstrukcją nawiązującą przynajmniej w części do wcześniejszych koncepcji modernizacji systemu finansowania ochrony zdrowia. Problem jednak nie polega na poprawności formy, ale zawartości merytorycznej. W przedstawionych propozycjach określa się, co zrobić, nie precyzując jak zrobić. Z tego względu, próbując ocenić omawiane rozwiązania, należy przede wszystkim odpowiedzieć na pytanie, czy istnieje możliwość przełożenia go na język praktyki. W przeciwnym wypadku będzie on kolejną fikcją, której ideą przewodnią jest zmiana, a nie poprawa i racjonalizacja działań. Dlatego należy się zastanowić głównie nad odpowiedzią na następujące pytania:

1) czy można mówić o rzeczywistym samofinansowaniu w sferze niematerialnej, a w tym w ochronie zdrowia?

2) jak precyzyjnie ustalić podstawę ceny usług ochrony zdrowia?

3) skąd uzyskać precyzyjne informacje o kosztach przy obecnym systemie sprawozdawczości i ewidencji?

4) czy należy szukać generalnych mierników odniesienia kosztów, czy też wprowadzić ich wiele, w zależności od rodzaju kosztów?

---

[27] Usługi społeczne, s. 140.

Jeśli nie odpowie się szczegółowo na wszystkie postawione pytania, nie można przystąpić do reformy.

Zaproponowana forma finansowania w postaci zakładów świadczeń społecznych jest zbliżona do systemu finansowania przedmiotowego, i z tego tytułu należy pamiętać, że nie jest możliwe wprowadzenie go we wszystkich typach placówek ochrony zdrowia, a jedynie w tych, które realizują usługi typowe czy standardowe - powtarzające się.

Osobne zagadnienie stanowi możliwość uzyskania kredytu przez jednostki podstawowe ochrony zdrowia. Jeśli usługi ochrony zdrowia zakupuje dysponent publiczny i od niego pochodzą środki stanowiące dochód jednostki podstawowej, to kredyt, a ściślej jego spłata, jest kolejną fikcją formalną, bowiem źródło ekonomiczne tej spłaty nie jest wypracowane przez kredytobiorcę. Generalnie rzecz biorąc, wydaje się, że idea polepszenia jakości usług i racjonalnego gospodarowania środkami pieniężnymi w ochronie zdrowia leży nie w zmianie systemu finansowego od podstaw - przez sięgnięcie do wzorów gospodarki przedsiębiorstw - ale w modyfikacji rozwiązań dotychczasowych.

Należy silnie podkreślić, że usługi w ochronie zdrowia mają specyficzny charakter, który polega na tym, że przynoszą one przede wszystkim efekty społeczne, a nie ekonomiczne. Chodzi o wyleczenie pacjenta, a nie osiągnięcie np. przez szpital zysku. Rachunek zysków i strat prowadzi się na zupełnie innej płaszczyźnie niż w przedsiębiorstwie. Tam chodzi o zderzenie nakładów pieniężnych, włożonych na początku procesu wytwarzania, z środkami, które uzyskuje się po sprzedaży towarów. W ochronie zdrowia można jedynie określić w pieniądzu nakłady, co nie jest możliwe w odniesieniu do efektów finalnych. Rezultat w postaci wyleczenia pacjenta nie jest przeliczalny w pieniądzu. Niezależnie od tego zasada powiązania funkcji i efektów działalności z jej kosztami jest ze wszech miar słuszna. Problem jednak sprowadza się do tego, jak ustalić efekty. Powstaje pytanie np., co jest efektem pracy szpitala. Pacjent, który go opuszcza, czy ten, który został wyleczony. A może jest tak, że np. zadaniem szpitala nie jest wyleczenie, ale zastosowanie odpowiedniej terapii, a okres uzyskania pełnej sprawności powinien być realizowany w sanatorium czy w domu pacjenta?

Drugi problem to powiązanie funkcji lub zadań z kosztami[28]. Tu barierę stanowi określenie zadań. Ogólne określenie - leczenie - jest niewystarczające; należałoby zadania te zdezagregować i podzielić na mniejsze jednostki. Nawet jeśli przyjmie się, że zadanie to usługa, to i tak problem jest nie rozwiązany. Nie wiadomo bowiem, jaka winna być jej "jednostka miary". Wiąże się to ściśle ze sprawą mierników świadczeń, a w konsekwencji - prawidłowego zaplanowania zapotrzebowania na środki finansowe. Kluczową kwestią w tym zakresie jest przeprowadzenie rachunku kosztów, a przede wszystkim kosztów jednostkowych.

Kolejny problem to system motywacji do pracy. Wydaje się, że zaproponowane rozwiązania opierają się zbyt silnie na bodźcach materialnych. Obok tego należałoby zastanowić się nad problemami związanymi z oceną moralno-etyczną pracy, przede wszystkim lekarza. Wymaga to jednak rozważenia, czy kluczem do rozwiązania tych problemów nie jest wprowadzenie przynajmniej w niektórych rodzajach usług medycznych odpłatności.

Usługi medyczne miałyby wtedy "cenę", która mogłaby być pokrywana częściowo przez państwo, częściowo przez zainteresowanych, a nie jak ma to miejsce obecnie - formalnie są bezpłatne, a w praktyce większość pacjentów wręcza lekarzowi "gratyfikacje". Prowadzi to do poderwania autorytetu lekarza, o którym mówi się, że uzyskuje nieoficjalne opłaty.

Biorąc pod uwagę fakt, iż "Jakkolwiek [...] trudno jest mówić o bilansowym ujęciu strat i zysków ponoszonych nakładów ochrony zdrowia - coraz częściej obserwuje się w wielu państwach, a także w Polsce wartościowe ujmowanie «inwestycji w człowieka»"[29]. Z tych względów reforma w ochronie zdrowia musi być szczególnie rozważnie przygotowana. Zmiana szyldu jednostki budżetowej na zakład usług socjalnych na pewno nie wystarczy. Wprowadzenie rozwiązań nie do końca uzasadnionych jest eksperymentem, który może być zbyt kosztowny, nie tylko w sensie ekonomicznym, ale także społecznym, na który nas jako społeczeństwo nie stać.

---

[28] L. Frąckiewicz, Polityka ochrony zdrowia, PWE, Warszawa 1983, s. 228.

[29] J. Sobiech, Kierunki przebudowy metod finansowania ochrony zdrowia, [w:] Problemy ..., s. 226.

Krystyna Piotrowska-Marczak

DILEMMAS IN THE REFORM OF HEALTH PROTECTION FINANCING SYSTEM

Discussion on the reform of the economic-financial system in the health protection sector calls for evaluation of the present infrastructure in this sphere and its particular elements. Hence, there are presented in this article basic indices characterizing health protection in Poland and concerning its material base, cadres and financial outlays on it. Theoretical methods, forms and systems of financing that can be applied in the non-material sphere are discussed against this background.

The above analysis is followed by evaluation of the proposed solutions taking into account, first of all, forms of financing, barriers connected with a possibility of introducing an objective system of financing mainly in the field of fixing costs and counting basic rates of charges for services. Some attention has been focussed, moreover, on the system of motivations. In the final part of the article, there is postulated a necessity of providing a precise answer to the following questions:

- how to determine the base for prices of services in health protection?
- how to obtain information on costs?
- what measures should be made a reference point for costs?

Without solving these problems, the reform being introduced now may become a costly experiment, which allows only to change and not improve the economic-financial system in the health protection sphere.