



Prof. W. Cezary Włodarczyk

***„Uwagi o niektórych problemach polskiego systemu zdrowotnego.
Kwestia ubóstwa i wykluczenia”***

Ekspertyza przygotowana w ramach projektu
„EAPN Polska – razem na rzecz Europy Socjalnej”



Projekt „EAPN Polska – razem na rzecz Europy Socjalnej” dofinansowany ze środków Programu Operacyjnego Fundusz Inicjatyw Obywatelskich

System zdrowotny w Polsce, jak każdy system społeczny i zdrowotny, podlega stałym zmianom. Niektóre z tych zmian są rezultatem zaplanowanych celowo działań – jeśli są dostatecznie rozbudowane są nazywane reformami – ale częściej zmiany powstają w sposób niezamierzony przez władze, choć mogą być przez nią wywołane. Bywa tak, jeśli wprowadzającym innowacjom towarzyszą reakcje będące formą obrony lub przystosowania, czego efekt może się znacznie różnić od pierwotnych intencji. W tym opracowaniu są zajmuję się obydwoma rodzajami zachodzących w ostatnich latach procesów – do połowy 2010 roku. Było ich wiele i prezentacja musi ograniczyć się do kilku z nich biorąc pod uwagę ich możliwy wpływ na kwestie ubóstwa i wykluczenia. Jak wiadomo, zagadnienia te są traktowane współcześnie, zwłaszcza w Unii Europejskiej, jako jeden z kluczowych problemów polityki zdrowotnej. Tekst rozpoczyna się od ogólnego przedstawienia spraw związanych z opieką zdrowotną dla ludzi zagrożonych – znajdujących się – w sytuacji ubóstwa i wykluczenia. Do dalszej analizy zostały wybrane następujące: stan poglądów ludzi na temat sektora zdrowotnego, problem podstawowej opieki zdrowotnej i powiązanego z nią samoorganizacji świadczeniodawców, próby przekształcania szpitali, utworzenie agencji oceny technologii medycznych, oddolne ruchy pacjentów. Wykorzystuję informacje dostępne w publicznym obiegu. Na zakończenie przedstawiam podsumowanie starając się wskazać ewentualnie istniejące zależności.

PROBLEMY UBÓSTWA I WYKLUCZENIA

Dokumenty: W oficjalnych dokumentach tylko niekiedy dostrzegano problemy zdrowotne w ich powiązaniu z sytuacją społeczną ludzi. Jednym z wczesnych opracowań, z 2004 roku była Narodowa Strategia Integracji Społecznej dla Polski.¹ W jednym z rozdziałów „Ochrona zdrowia” podjęto analizę związków między zdrowiem a biedą i wykluczeniem społecznym. Koncentrowano się na zagadnieniach wpływu dostępności i korzystania z opieki zdrowotnej na sytuację życiową ludzi. W dokumencie stwierdzono, że dostęp do systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, otwierający możliwość korzystania ze świadczeń jest formalnie szeroki, jednakże nie jest równy dla wszystkich kategorii społecznych. Bariery w dostępie potraktowano jako czynnik upośledzający, ale sprawy udziału różnych wymiarów położenia społecznego na stan zdrowia nie zostały rozwinięte. W opracowaniu wskazano także grupy podatne na wykluczenie społeczne: dzieci i młodzież ze środowisk zaniedbanych, dzieci wychowujące się poza rodziną, kobiety samotnie wychowujące dzieci, kobiety pozostające poza rynkiem pracy, ofiary patologii życia rodzinnego, osoby o niskich kwalifikacjach, osoby bezrobotne, żyjący w bardzo trudnych warunkach mieszkaniowych, niepełnosprawni i chronicznie chorzy, osoby chorujące psychicznie, starsze osoby samotne, opuszczający zakłady karne, imigranci, osoby należące do romskiej mniejszości etnicznej.

Innym dokumentem był Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015.² W NPZ w celu strategicznym 8 „Zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji” dostrzeżono problem gorszego statusu zdrowotnego w środowiskach zaniedbanych materialnie, ze znaczną skalą bezrobocia, w regionach i ośrodkach lokalnych z gorszymi wskaźnikami jakości środowiska naturalnego, w regionach i ośrodkach lokalnych z gorszą infrastrukturą, utrudniającą dostęp do placówek zdrowotnych. Prócz celu specyficznym skierowanym na problem grup znajdujących się w szczególnie niekorzystnej sytuacji autorzy

¹ Narodowa Strategia Integracji Społecznej (NSIS) była dokumentem przygotowanym przez Zespół Zadaniowy do Spraw Reintegracji Społecznej, któremu przewodniczył Minister Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej – Jerzy Hausner. Zespół został powołany 14.04.2003 r. przez Prezesa Rady Ministrów. www.funduszezstrukturalne.gov.pl

² Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007r.

http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf

przyjmowali, że w różnych działaniach medycznych kwestie te będą także dostrzegane i rozwiązywane.

W opracowaniu Polska 2030 sprawy zdrowia i jego społecznych uwarunkowań nie znalazły się wśród dziesięciu priorytetowych celów.³ Dostrzeżono jednak zapóźnienie Polski pod tym względem i dostrzeżono zagrożenie wykluczeniem, powodowanym wieloma czynnikami – ubóstwem, oddaleniem terytorialnym, brakiem wykształcenia, także brakiem dostępu do źródeł informacji. Jednocześnie należy pamiętać, że jak wykazały niedawno przeprowadzone badania ponad dwie trzecie społeczeństwa przyznawało, że nie rozumiało terminu „wykluczenie społeczne”, a pozostali rozumieli „różnie”, niekoniecznie poprawnie (tylko wybrane aspekty, przyczyny lub objawy).⁴

Uprawnienia: W świadomości społecznej jest utrwalone przekonanie, że zgodnie z regułami obowiązującymi w opiece zdrowotnej przed przełomem politycznym w 1989 roku, wszyscy obywatele mieli uprawnienia do świadczeń zdrowotnych. Przekonanie to nie miało podstaw prawnych, aczkolwiek jest faktem, że odsetek uprawnionych zbliżał się do 100%. Sytuacja ta zmieniła się po wejściu w życie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, wprowadzającej „ubezpieczeniowy” tytuł do świadczeń: osoba nieuprawniona nie mogła korzystać – w zasadzie, bo były liczne wyjątki – z opieki zdrowotnej.⁵ Luki były częściowo niezamierzone, ale do dzisiaj – po licznych uzupełnieniach – zdecydowana większość obywateli ma uprawnienia.⁶ Zgodnie z odpowiednim artykułem do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają prawo:

- 1) osoby objęte powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, zwane dalej „ubezpieczonymi”,
 - 2) osoby posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które spełniają kryterium dochodowe, o którym mowa w ustawie o pomocy społecznej,
 - 3) inne osoby, które nie ukończyły 18. roku życia lub są w okresie ciąży, porodu i połogu.
- Niemniej sama zasada, stosowana bardziej elastycznie, obowiązuje, co pozbawia świadczeń emigrantów przebywających za granicą możliwości „bezpłatnego” korzystania ze świadczeń w kraju.

Osoby znajdujące się w trudnej sytuacji społecznej: Na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają także osoby znajdujące się w trudnej sytuacji społecznej. Jest to ważna cecha tej regulacji wzmacniająca prospołeczny charakter rozwiązań przyjętych – po okresie ewolucji – w Polsce. W ten sposób podkreślony zostaje społeczny wymiar ubezpieczeń, które z natury powinny zbliżać się do idei ekwiwalentności. W stosunku do ludzi potrzebujących wymóg ten jest osłabiony. Wśród osób wyróżnionych są grupy następujące:

- bezrobotni niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- osoby pobierające stypendium (delegowane) w okresie odbywania szkolenia, stażu lub przygotowania zawodowego dorosłych;

³ Raport Polska 2030. Wyzwania rozwojowe, Zespół Doradców Strategicznych Prezesa Rady Ministrów. Redaktor naukowy: Michał Boni, czerwiec 2009, <http://www.polska2030.pl/>

⁴ Badania Pentora, Podsumowanie http://www.csrinfo.org/images/stories/Publikacje2009/wykluczenie_spoleczne_polska_2009.pdf

⁵ Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz. U. Nr 28, poz. 153

⁶ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027

- osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne
- osoby pobierające zasiłek stały z pomocy społecznej
- osoby pobierające świadczenie pielęgnacyjne lub dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania,
- osoby bezdomne wychodzące z bezdomności
- osoby objęte indywidualnym programem zatrudnienia socjalnego lub realizujące kontrakt socjalny

Składki za osoby zobowiązane do ubezpieczenia i niemogące ich pokrywać – co oczywiste – z własnych środków są opłacane przez odpowiednie urzędy dysponujące pieniędzmi publicznymi jak urzędy pracy, ośrodki pomocy społecznej, centra pomocy rodzinie, niekiedy wójt, burmistrz lub prezydent miasta.

Osoby korzystające z pomocy społecznej: Zgodnie z przepisami ustawy o pomocy społecznej w celu zaspokojenia niezbędnej potrzeby bytowej może być przyznany zasiłek celowy na pokrycie części lub całości kosztów, między innymi, leków i leczenia.⁷ Osobom bezdomnym i innym osobom niemającym dochodu oraz możliwości uzyskania świadczeń na podstawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych może być przyznany zasiłek celowy na pokrycie części lub całości wydatków na świadczenia zdrowotne.

Dla osób wymagających całodobowej opieki mogą być tworzone domy pomocy społecznej, przeznaczone, dla:

- 1) osób w podeszłym wieku;
- 2) osób przewlekle somatycznie chorych;
- 3) osób przewlekle psychicznie chorych;
- 4) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie;
- 5) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie;
- 6) osób niepełnosprawnych fizycznie.

Środki finansowe na bieżące funkcjonowanie placówki rodzinnej są określane w miesięcznych i rocznych stawkach. W rocznych stawkach są określane środki finansowe na świadczenia opieki zdrowotnej, które w całości lub w części nie są finansowane ze środków publicznych na zasadach określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Pomocy dla cudzoziemca który uzyskał w RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, udziela się w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy i obejmuje ona opłacanie składki na ubezpieczenie zdrowotne określonej w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Opieka zdrowotna dla bezdomnych: W powołanych wcześniej przepisach pojawiał się często wymóg posiadania adresu, co wiąże się z problemem możliwości korzystania ze świadczeń osób bezdomnych. Szukając informacji znalazłem wypowiedź Rzeczniczki jednego z oddziałów NFZ ze wskazaniem, że źródłem informacji były materiały Funduszu.⁸ Po wejście na stronę NFZ otrzymałem odpowiedź „Niestety, nie znaleziono wyników pasujących do zapytania >opieka zdrowotna dla bezdomnych<”. Niżej przytaczam znalezione informacje.

Jeśli bezdomny nie jest objęty ubezpieczeniem, dokumentem potwierdzającym jego prawo do świadczeń zdrowotnych będzie **decyzja wójta** (burmistrza, prezydenta) gminy, właściwej ze

⁷ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U. 2004 Nr 64 poz. 593

⁸ <http://www.tel-med.pl/pl/article/4/leczenie-w-ramach-nfz/35/chory-bezdomny>

względem na miejsce pobytu. Taka decyzja wydawana jest osobie spełniającej kryteria dochodowe, jeśli jej sytuację życiową i finansową potwierdzają pracownicy opieki społecznej podczas wywiadu środowiskowego. Warunkiem otrzymania decyzji jest także posiadanie obywatelstwa polskiego i zamieszkiwanie w Polsce. Zasady powyższe dotyczą wszystkich nieubezpieczonych.

Decyzja organu samorządowego może być wydana m.in. na wniosek zainteresowanego, ale w przypadku stanu nagłego, wniosek składa świadczeniodawca niezwłocznie po udzieleniu świadczenia.

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie decyzji samorządu przysługuje przez **30 dni**, chyba że w tym czasie pacjent został objęty ubezpieczeniem zdrowotnym. Mieszkańcy schronisk dla bezdomnych mogą korzystać ze wszystkich świadczeń zdrowotnych, na takich samych zasadach, jak osoby ubezpieczone. Mogą wybrać lekarza pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej. W przypadku osób przewlekle chorych istnieje możliwość skorzystania z pielęgniarskiej opieki długoterminowej w miejscu pobytu oraz ze stacjonarnej opieki w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Problemy ubóstwa: W jednym z komunikatów CBOS przedstawione zostały poglądy Polaków na temat ich warunków życia.⁹ Rezultaty są przedstawione w poniższej tabeli.

Czy obecnie Panu(i) i Pana(i) rodzinie żyje się:	Wskazania respondentów według terminów badań															
	IX 2008		X 2008		XI 2008		XII 2008		I 2009		II 2009		III 2009		IV 2009	
	w procentach															
– bardzo dobrze	5	43	3	39	5	40	5	42	4	42	4	39	3	40	5	41
– dobrze	38		36		35		37		39		35		37		36	
– ani dobrze, ani źle	43	43	46	46	44	44	43	44	43	44	47	47	48	48	45	45
– źle	10		12		13		13		12		11		9		11	
– bardzo źle	4	14	3	15	3	15	2	15	2	14	3	14	3	12	3	14

źródło: CBOS, *Materialny wymiar życia rodzin. Komunikat z badań*, Warszawa, kwiecień 2009

Można zauważyć stabilizację przekonań ludzi. Być może odzwierciedlają one stan rzeczywisty, co potwierdzałoby opinie, że gospodarka uniknęła skutków światowego kryzysu.

Według ustaleń Diagnozy społecznej 2009 poniżej granicy ubóstwa żyło wtedy w Polsce 3,3% gospodarstw domowych według ujęcia obiektywnego oraz 51,4% według ujęcia subiektywnego.¹⁰ Autorzy uznali te odsetki za zawyżone, dość słabo odzwierciedlające rzeczywistą sytuację. Odsetek gospodarstw domowych żyjących w ubóstwie spadł w skali kraju w okresie od marca 2007 r. do marca 2009 r. o prawie 4 punkty procentowe zarówno w ujęciu obiektywnym, jak i w ujęciu subiektywnym. Podstawowymi czynnikami zwiększającymi ryzyko ubóstwa gospodarstw domowych były: niski poziom wykształcenia głowy gospodarstwa domowego, utrzymywanie się z niezarobkowych źródeł innych niż emerytura i renta, bezrobocie oraz niepełnosprawność.

Sytuacja finansowa ma wpływ na możliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Jak stwierdzono w opracowaniu Diagnozy społecznej 2009 w ciągu roku poprzedzającego badanie 94 proc. gospodarstw domowych korzystało z usług ochrony zdrowia¹¹. Większość, 92 proc., korzystała z usług opłacanych przez NFZ, ale prawie połowa płaciła za niektóre

⁹ CBOS, *Materialny wymiar życia rodzin. Komunikat z badań*, Warszawa, kwiecień 2009, <http://badanie.cbos.pl/details.asp?q=a1&id=4126>

¹⁰ Diagnoza społeczna 2009, http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2009.pdf

¹¹ Diagnoza społeczna 2009, Warunki i jakość życia Polaków, RAPORT, redakcja Janusz Czapiński. Tomasz Panek, Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego. 29.11.2009, http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2009.pdf

usługi – w tym za leki – z własnej kieszeni. Na podstawie innego badania można twierdzić, że w drugim kwartale 2010 roku 79% populacji korzystało z opieki zdrowotnej opłacanej ze środków publicznych (15% nie korzystało)¹². Z danych Diagnozy wynikało, że wśród różnego rodzaju świadczeń, za które pacjenci płacili z własnych środków istotną rolę stanowiły leki, które – jak wiadomo – tylko częściowo są refundowane przez publicznego płatnika. 94% gospodarstw domowych ponosiła tego rodzaju wydatki. Kwota wydatków na leki i artykuły farmaceutyczne osiągnęła przeciętnie 378 złotych kwartalnie. Rocznie kwota wydatków sięgała ponad 1500 zł. W badaniu, w którym szukano społecznych opinii na temat postulowanych zmian w systemie zdrowotnym 7.4% respondentów przedstawiło postulat „obniżyć ceny leków; wprowadzić więcej bezpłatnych lub refundowanych leków”¹³. Obciążenie związane z wydatkami na leki były w niektórych rodzajach gospodarstw oceniane jako bardzo dolegliwe. Zgodnie z deklaracjami w 26% gospodarstw dochodziło do sytuacji, kiedy trzeba było zrezygnować z zakupu leków z powodu barier finansowych. Istnienie tej sytuacji potwierdzano w różnych analizach. W badaniu, które prowadzono latem 2009 roku stwierdzono, że ponad 40% (42.9) respondentów przyznawało, że zdarzają się im nie wykupić wszystkich przepisanych przez lekarza leków.¹⁴ W badaniach kilka lat wcześniejszych osoby, które z braku pieniędzy nie zrealizowały recepty w całości lub wykupiły tylko część leków stanowiły około 7 % wszystkich respondentów.¹⁵ W nowym badaniu deklarowano, że główną przyczyną rezygnacji była zbyt wysoka cena leku. Udzielono 63,9% takich odpowiedzi. Pacjenci zaskoczeni perspektywą dużych wydatków podejmowali próby rozwiązania problemu. O zamianę leku w aptece na tańszy prosiło „często” 8,3% ankietowanych, natomiast w gabinecie lekarskim 2,9%. Z leków najczęściej rezygnowały osoby utrzymujące się z niezarobkowych źródeł (47,6%) i renciści (43,4%). Szczególnie niebezpieczna społecznie jest sytuacja, kiedy skutki bezradności dorosłych są ponoszone przez dzieci. W Raporcie Rzecznika Praw Dziecka stwierdzono, że w wielu rodzinach dochodzi do rezygnacji zaspokajania zdrowotnych potrzeb dzieci.¹⁶ Było to związane nie tylko z sytuacją materialną, ale także z liczbą dzieci pozostających na utrzymaniu. Do najczęstszych rezygnacji dochodziło w rodzinach wielodzietnych.

Pomoc dla cudzoziemców: Na podstawie ustawy o pomocy społecznej cudzoziemcowi, który uzyskał w RP status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, udziela się pomocy w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy, a pomoc ta obejmuje opłacanie składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Na podstawie ustawy. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony władze RP są obowiązane do udzielania pomocy cudzoziemcom ubiegającym się o nadanie statusu uchodźcy¹⁷. Wnioskodawcy oraz osobie, w imieniu której wnioskodawca występuje, zapewnia się wtedy pomoc socjalną i opiekę medyczną oraz można zapewnić pomoc w dobrowolnym powrocie do kraju, do którego mają prawo wjazdu, zwaną dalej „pomocą w dobrowolnym powrocie”. Opieka medyczna obejmuje świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie, w jakim osobom objętym obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym

¹² CBOS, *Opinie o opiece zdrowotnej*, Warszawa, luty 2010, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2010/K_024_10.PDF

¹³ CBOS, *Polacy o możliwych zmianach w systemie ochrony zdrowia*, Komunikat z badań, Warszawa, kwiecień 2007, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2007/K_057_07.PDF

¹⁴ Ewa Ulatowska-Szostak *Sposoby ograniczania wydatków na leki przez pacjentów aptek ogólnodostępnych*, Probl Hig Epidemiol 2010, 91(1): 143-147, <http://www.phie.pl/pdf/phe-2010/phe-2010-1-143.pdf>

¹⁵ Wyniki badań: *Pacjent – lekarz – leki*, przeprowadzonego przez PBS na reprezentatywnej próbie dorosłych Polaków dla Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego, Sopot, 10 styczeń 2006, http://www.producencilekow.pl/publikacje_inne.php

¹⁶ Marek Michalak *Budujemy społeczeństwo dla wszystkich*, Wystąpienie Rzecznika Praw Dziecka, Warszawa, 26 lutego 2010 roku, http://www.brpd.gov.pl/uploadfiles/wystapienie_badania_biedy.pdf

¹⁷ Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, Dz.U. 2003 Nr 128 poz. 1176

przysługuje prawo do świadczeń na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z wyłączeniem leczenia uzdrowiskowego. Pomoc socjalną i opiekę medyczną zapewnia się w okresie postępowania w sprawie nadania statusu uchodźcy i przez okres 2 miesięcy od dnia doręczenia decyzji ostatecznej w tej sprawie, a w przypadku gdy postępowanie w sprawie nadania statusu uchodźcy zostało umorzone – przez okres 14 dni od dnia doręczenia decyzji ostatecznej o umorzeniu postępowania.

HIV/AIDS: W perspektywie epidemiologicznej problem AIDS/HIV nie jest liczbowo duży i od strony formalnej większość sprawa została uregulowana. Działa powołane przez Ministra Zdrowia Krajowe Centrum do Spraw AIDS¹⁸. Do jego zadań zaliczono inicjowanie, wspieranie i prowadzenie analizy oraz badań nad problematyką zapobiegania i zwalczania HIV/AIDS, dokonywanie ocen projektów programów profilaktycznych, leczniczych, badawczych i rehabilitacyjnych pod kątem ich skuteczności w zakresie zapobiegania i zwalczania HIV/AIDS, a także zakup i dystrybucja leków antyretrowirusowych, monitorowanie i koordynacja ich wykorzystania w zakładach opieki zdrowotnej na terenie kraju oraz prowadzenie infromatycznej bazy danych w tym zakresie. Zgodnie z przepisami leczenie jest w pełni refundowane, czyli dla pacjenta bezpłatne i dostęp do terapii powinni mieć wszyscy chorzy spełniający kryteria medyczne. Praktyka jest jednak odmienna od założeń i często osoby chore czy będące nosicielami napotykaają na różnorodne bariery.

Jak wynika z ostatniego sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV w 2009 roku Programem leczenia ARV objętych było 4 434 pacjentów¹⁹. Program leczenia ARV realizowany był w 20 szpitalach, w których działają ośrodki referencyjne leczące zakażonych HIV i chorych na AIDS (umowy na lata 2007-2009). Leczenie antyretrowirusowe jest prowadzone również w zakładach penitencjarnych. 81 kobiet ciężarnych zakażonych HIV objęto profilaktyką zakażeń wertykalnych (matka dziecko). 134 dzieci zakażonych HIV i chorych na AIDS było leczonych ARV w ramach przedmiotowego programu. Wszystkie te dzieci otrzymały bezpłatnie szczepionki, według specjalnego kalendarza szczepień, Wszystkie te zadania były finansowane z budżetu przekazanego przez Ministra Zdrowia, będącego w dyspozycji Krajowego Centrum ds. AIDS. Wiele wskazuje, że dostęp osób dożylnie przyjmujących narkotyki do leczenia antyretrowirusowego oraz do pozostałych świadczeń służby zdrowia jest znacznie ograniczony. Stanowią oni jedną z najbardziej marginalizowanych w tym zakresie grup społecznych. Odpowiedzialnością za ten stan rzeczy należy obciążyć lekarzy, przede wszystkim lekarzy chorób zakaźnych, sprawujących bezpośrednią opiekę nad osobami zakażonymi. To oni, także inni pracownicy, podejmują decyzję, kogo przyjąć i leczyć, a kogo potraktować jako osobę nie posiadającą uprawnień. Pacjenci zakażeni uzależnieni od narkotyków są najczęściej pozostawiani sami sobie, a służba zdrowia, w wielu przypadkach traktują ich jako nieistniejącą. Szeroko postrzegany obraz to rzesza pacjentów, która może stwarzać kłopoty.

Jeden z badaczy ujawnił, że spośród 14 programów podawania metadonu w dwóch stosowano akcje wymiany Igiel i strzykawek, a w czterech prowadzone były listy oczekujących.²⁰ Autor

¹⁸ Zarządzenie ministra zdrowia z dnia 14 czerwca 2010 r. w sprawie Krajowego Centrum do Spraw AIDS, Dz.Urz.MZ.10.8.49 z dnia 17 czerwca 2010 r.

¹⁹ Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV opracowanego na lata 2007 – 2011 za rok 2009, Warszawa, 2010
<http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m111111&ms=&ml=pl&mi=&mx=0&mt=&my=0&ma=015549>

²⁰ Marek Beniowski, *Leczenie metadonem w aptekach, w: Zapewnienie opieki i leczenia zakażenia HIV osobom przyjmującym narkotyki: wnioski płynące z badań i praktyki*, red. Matt Curtis, Open Society Institute, Międzynarodowy Program Rozwoju Redukcji Szkód, Grudzień 2007r. <http://www.aids.gov.pl/files/publikacje/ksiazka.pdf>

wyrażał obawy, że to zła informacja i niska popularność decydowały o tym, że instytucje prowadzące programy nie były zainteresowane pozyskiwaniem większej liczby korzystających i do ułatwiania dostępu do oferowanych świadczeń. Krytyczne opinie są potwierdzane przez doniesienia prasowe. Wedle niesystematycznych obserwacji w każdym z województw może jedna, może dwie placówki są przygotowane do przyjęcia osób będących nosicielami.²¹ Także wtedy, gdy chodzi o urodzenie dziecka. A – jak powiedział jeden z lekarzy „Wszystkie szpitale powinny być przygotowane, bo każda pacjentka może być seropozytywna i o tym nie wiedzieć”. Są też informacje o lęku oraz niechęci, a nawet agresji wobec nosicieli.²² Jednocześnie wiedza, a zatem i gotowość zachowania ostrożności jest stanem praktycznie nieznanym.

POGLĄDY SPOŁECZNE

Opinie na temat ochrony zdrowia i jej funkcjonowania są z reguły oparte na własnym doświadczeniu i oparte na osobistych obserwacjach. Jak stwierdzono w opracowaniu Diagnozy społecznej 2009 w ciągu roku poprzedzającego badanie 94 proc. gospodarstw domowych korzystało z usług ochrony zdrowia.²³ Większość, 92 proc., korzystała z usług opłacanych przez NFZ, ale prawie połowa płaciła za niektóre usługi – w tym za leki – z własnej kieszeni, ponosząc dodatkowe wydatki albo mając kontakt z sektorem prywatnym. Na podstawie innego badania można twierdzić, że w drugim kwartale 2010 roku 79% populacji korzystało z opieki zdrowotnej opłacanej ze środków publicznych (15% nie korzystało).²⁴

Bliższe dane na ten temat są przedstawione w tabeli.

Korzystanie ze świadczeń zdrowotnych (w ramach ubezpieczenia i prywatnie) w ciągu sześciu miesięcy poprzedzających sondaż	Wskazania respondentów według terminów badań					
	IX 2002	XI 2003	IX 2004	XI 2005	III 2009	II 2010
	w procentach					
Niekorzystający z usług zdrowotnych	19	15	18	16	13	15
Korzystający z usług tylko w ramach ubezpieczenia	46	47	49	47	36	38
Korzystający z usług prywatnych i w ramach ubezpieczenia	28	32	28	30	44	39
Korzystający tylko z usług prywatnych	7	6	5	7	7	8

Niższe, niż w poprzednim badaniu odsetki wynikają z krótszego czasu objętego analizą. Z danych Diagnozy wynika, że wśród różnego rodzaju świadczeń, za które pacjenci płacili z własnych środków istotną rolę stanowiły leki, które – jak wiadomo – tylko częściowo są refundowane przez publicznego płatnika.

Ważnym wymiarem opinii na temat ochrony zdrowia jest stan zadowolenia z jej funkcjonowania. Jest zjawiskiem szeroko występującym w świecie, że duża część pacjentów wyraża brak satysfakcji – czy to w związku z warunkami korzystania, czy to z powodu efektów mniejszych, niż oczekiwane. Warto bowiem pamiętać, że poziom oczekiwań związanych z działaniem służby zdrowia jest bardzo wysoki. Poziom zadowolenia ustalony w jednym z niedawnych badań jest przedstawiony na wykresie.

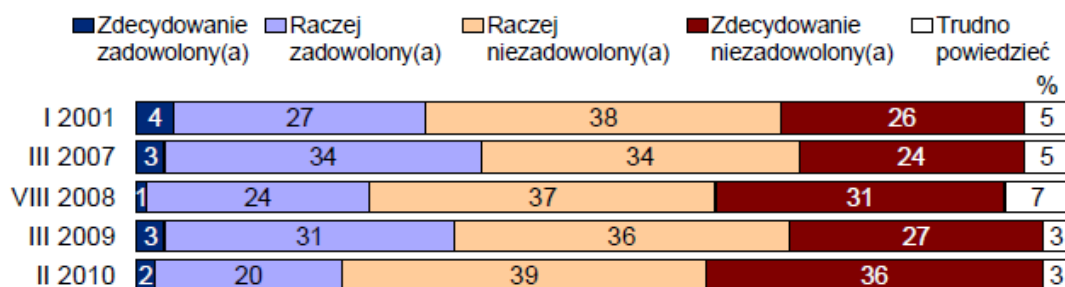
²¹ Przemysław Wilczyński, *Matka Polka nosicielka*, „Tygodnik Powszechny”, 24.11.2009

²² Dorota Abramowicz, Małgorzata Gradkowska, *Nosiciel wirusa HIV w świadomości społecznej - jest winien*, „Dziennik Bałtycki”, 2009-11-28

²³ Diagnoza społeczna 2009, http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2009.pdf

²⁴ CBOS, *Opinie o opiece zdrowotnej*, Warszawa, luty 2010, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2010/K_024_10.PDF

RYS. 3. CZY, OGÓLNIIE RZECZ BIORĄC, JEST PAN(I) ZADOWOLONY(A) CZY TEŻ NIEZADOWOLONY(A) Z TEGO, JAK OBECNIE W NASZYM KRAJU FUNKCJONUJE OPIEKA ZDROWOTNA?

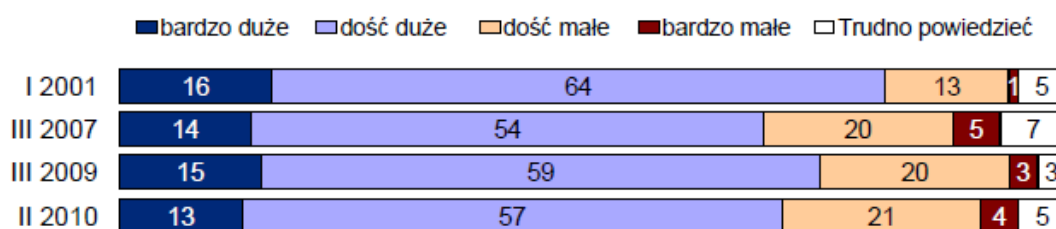


źródło: CBOS, *Opinie o opiece zdrowotnej*, Warszawa, luty 2010

Wśród zadowolonych byli respondenci młodzi (18 – 24) i najstarsi – powyżej 65 roku życia, gospodynie domowe, emeryci oraz uczniowie i studenci. Niezadowolenie deklarowały przede wszystkim osoby mające od 45 do 54 lat, kadra kierownicza i specjaliści z wyższym wykształceniem, a także średni personel i technicy, pracownicy administracyjno-biurowi oraz pracujący na własny rachunek poza rolnictwem. Do najbardziej niezadowolonych należeli ci, którzy korzystali wyłącznie z usług prywatnych. Należy też odnotować, że wraz z upływem czasu odsetek niezadowolonych zwiększa się systematycznie.

Ważnym czynnikiem, który wpływa na postrzeganie sytuacji w ochronie zdrowia jest poziom zaufania do lekarzy. Niektóre dane na ten temat są przedstawione poniżej.

RYS. 4. CZY, OGÓLNIIE RZECZ BIORĄC, MA PAN(I) ZAUFANIE DO LEKARZY, KTÓRYCH PORADY PAN(I) ZASIĘGA LUB U KTÓRYCH SIĘ PAN(I) LECZY? CZY MA PAN(I) DO NICH ZAUFANIE:



źródło: CBOS, *Opinie o opiece zdrowotnej*, Warszawa, luty 2010

Ogólnie poziom zaufania jest stosunkowo wysoki, zwłaszcza biorąc pod uwagę liczne niekorzystne opinie na temat działania systemu. Wśród odpowiadających mniejsze zaufanie cechowały osoby mające od 25 do 44 lat, respondentów z wykształceniem zasadniczym zawodowym, bezrobotnych, gospodynie domowe oraz średni personel i techników. Być może sprawa zaufania do lekarzy wiąże się z bardziej ogólnym zagadnieniem prestiżu zawodów. Według ostatnich dostępnych badań przedstawiciele zawodów medycznych plasowali się wysoko: na czwartym miejscu hierarchii zawodów znalazła się pielęgniarka – 77% pozytywnych wskazań i 2% negatywnych – a na miejscu piątym lekarz – 73% deklarujących

poparcie i 4% deklarujących sprzeciw.²⁵ Na pierwszym miejscu znalazł się profesor uniwersytetu i strażak.

Elementem świadomości społecznej na temat ochrony zdrowia jest postulowany, obecny w wyobraźni, kształt systemu. Dotyczy to zwłaszcza wiedzy – wyobrażeń – na temat sugerowanych zmian, jakie należy zastosować w systemie. Repertuar możliwych do wykorzystania mechanizmów nie jest szeroki i był wielokrotnie prezentowany w różnych koncepcjach i dyskusjach. Opinie na temat niektórych z nich są przedstawione w tabeli.

Czy zgadza się Pan(i) czy też nie zgadza ze stwierdzeniem, że – aby każdemu obywatelowi w naszym kraju zapewnić właściwą opiekę zdrowotną – należy:	Tak*	Nie*
	w procentach	
- wprowadzić dodatkowe dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne, gwarantujące w razie potrzeby nieodpłatne leczenie na wyższym poziomie	43	45
- przywrócić finansowanie opieki zdrowotnej przez kasy chorych	41	26
- zwiększyć wysokość obowiązkowej składki na ubezpieczenie zdrowotne	20	71
- całkowicie sprywatyzować opiekę zdrowotną – zlikwidować obowiązkowe składki, tak aby każdy sam płacił za swoje leczenie	16	73

źródło: CBOS, *Polacy o możliwych zmianach w systemie ochrony zdrowia. Komunikat z badań*, Warszawa, kwiecień 2007, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2007/K_057_07.PDF

Generalnie można stwierdzić, że przekonania większości respondentów na temat tego, co zmieniać w sektorze zdrowotnym, są albo zachowawcze, albo nierealne. Przywrócenie finansowania opieki zdrowotnej przez kasy chorych było w chwili prowadzenia badań rozwiązaniem całkowicie nierealnym. Poparcie dla takiej opcji mogło być wyrazem jedynie frustracji. Z drugiej strony dodatkowe ubezpieczenie, które – przynajmniej formalnie – nie groziło żadnymi konsekwencjami dla zastanego stanu rzeczy, zostało przez większość odpowiadających odrzucone. Sprzeciw wobec zwiększenia składki – chodziłoby o podwyżkę nie rekompensowaną ulgą podatkową – wzbudził wyraźną niechęć. Zewnętrzny obserwator mógłby postawić respondentom pytanie, jak wyobrażają sobie możliwość osiągnięcia poprawy przy zastanym poziomie finansowania systemu. Wyraźna niechęć wobec prywatyzacji była motywowana ideologicznie, co jest całkowicie zrozumiałe pamiętając o historii polskiej ochrony zdrowia, ale mniej zrozumiałe w kraju mającym gospodarkę rynkową.

Jednym z wątków wśród rozważanych zmian była idea wprowadzenia w życie niewielkich opłat manipulacyjnych płaconych przy okazji uzyskiwania różnych świadczeń. Praktyka taka jest rozpowszechniona w wielu krajach i nie jest ceną płaconą za usługę, ale narzędziem wpływania na kierunek popytu i okazją uzyskiwania niewielkich przychodów. Informacje na ten temat są przedstawione w poniższej tabeli.

²⁵ CBOS, *Prestiż zawodów. Komunikat z badań*, Warszawa, styczeń 2009, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_008_09.PDF

Czy zgadza się Pan(i) czy też nie zgadza ze stwierdzeniem, że – aby każdemu obywatelowi w naszym kraju zapewnić właściwą opiekę zdrowotną – należy:	Tak*			Nie*		
	XI 2003	IX 2004	III 2007	XI 2003	IX 2004	III 2007
	w procentach					
- wprowadzić niewielkie opłaty za pobyt w szpitalu, np. za wyżywienie	16	13	24	79	83	72
- wprowadzić niewielkie opłaty za badania laboratoryjne, zdjęcia rentgenowskie, usg itp.	14	12	21	81	86	75
- wprowadzić niewielkie opłaty za usługi medyczne, takie jak: porada lekarska, wystawienie recepty, zabiegi i inne	11	11	19	84	87	77
- wprowadzić niewielkie opłaty za wizyty u specjalistów	15	15	21	80	82	74

źródło: CBOS, *Polacy o możliwych zmianach w systemie ochrony zdrowia. Komunikat z badań*, Warszawa, kwiecień 2007, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2007/K_057_07.PDF

Przedstawione dane można zinterpretować na dwa sposoby. Po pierwsze, mogą być wykorzystane do podbudowania twierdzenia, już poprzednio zasygnalizowanego, na temat zachowawczych postaw większości obywateli na temat jakichkolwiek zmian, które polegałyby na stosowaniu mechanizmów quasi-rynkowych. Przekonanie o złym, nie mogącym znaleźć aprobaty charakterze wszystkiego, co sprzeciwia się zasadzie „bezpłatnej” służby zdrowia, wydaje się być przemożnie obecne. Jednak, po drugie, możliwa jest także odmienne odczytanie wyników. Jest tak, że odsetek zwolenników wprowadzania opłat – zważmy, że w pytaniu ustawicznie powtarzana jest mantra o tym, że są to opłaty „niewielkie” stale się zwiększał. Wzrost był powolny, ale stały, co – być może – zwiastuje możliwość osiągnięcia zmiany w przyszłości. Warto też przypomnieć, że w badaniu „Diagnoza Społeczna 2007” 51% gospodarstw deklarowało, że nie jest zainteresowanych zakupieniem jakichkolwiek polis ubezpieczenia zdrowotnego (w badaniu o dwa lata wcześniej było ich 42%), a 31% uważało, że ich na takie wydatki nie stać (poprzednio 44%).²⁶ Ponad 18% badanych deklarowało gotowość skorzystania z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, pod warunkiem jednak, że miesięczna składka byłaby niższa, niż 100 złotych. Perspektywa podniesienia składki drastycznie obniżała gotowość uczestniczenia w takim przedsięwzięciu.

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA I POROZUMIENIE ZIELONOGÓRSKIE

W starym modelu naszej opieki zdrowotnej POZ była podstawą zhierarchizowanego układu o kształcie piramidy.²⁷ Jej zadania były wykonywane przez lekarzy reprezentujących specjalności podstawowe: lekarza ogólnego dla dorosłych, lekarza pediatrę, lekarza ginekologa i stomatologa. Każdy z lekarzy współpracował - a przynajmniej powinien współpracować - z pielęgniarką i korzystał ze wsparcia rejestratorki, sekretarki medycznej i innych współpracowników. Miejscem

²⁶ Diagnoza Społeczna 2007, s.105, http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2007.pdf

²⁷ por.: Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 lipca 1967 r. w sprawie organizacji otwartej opieki zdrowotnej (Dz. U. 1967 r., Nr.36, poz.183) i rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 czerwca 1975 r. w sprawie organizacji i zadań zakładów opieki zdrowotnej (dz. U. 1975 r., Nr.25, poz.134)

świadczenia usług była odpowiednia placówka POZ. Niezależnie od placówek dostępnych dla ogółu ludności, świadczenia oferowano również w przychodniach organizowanych przy dużych zakładach pracy, a także przy instytucjach kształcących. W efekcie przyjęcia takiego rozwiązania istniały cztery odrębne mutacje POZ: dla ludności miejskiej, dla ludności wiejskiej, dla niektórych osób pracujących oraz dla ludzi uczących się.²⁸

Koncepcja POZ stosunkowo szybko została poddana ostrej krytyce. Już w raporcie z 1981 r. podjęto krytycznie jej problemy, nawiązując do idei, że POZ jest kluczowym ogniwem systemu zdrowotnego. Jednak do czasu politycznego przełomu w 1989 roku bardziej poważne zmiany nie były możliwe. Na początku lat dziewięćdziesiątych zmiany w POZ były wywoływane nie tyle przez nowe koncepcje, co przez postęp decentralizacji. Utworzone w 1990 r. samorządowe gminy mogły tworzyć i utrzymywać zakłady opieki zdrowotnej, a ponadto otrzymały uprawnienia do zakupu świadczeń medycznych na rzecz osób ubezpieczonych i uprawnionych w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej lub u prywatnie praktykujących lekarzy, na podstawie zawieranych umów.

W marcu 1994 r. w imieniu kierownictwa MZiOS przedstawiony został strategiczny dokument dotyczący rozwoju POZ, w którym jednoznacznie i bardzo silnie poparto ideę powszechnego wprowadzanie modelu lekarza rodzinnego²⁹ (MZiOS 1994a). Najdogodniejszą formą wzmacniania jego pozycji i możliwości działania byłoby prywatyzowanie działania POZ, prywatyzowanie procesu produkcji świadczeń, przy zachowaniu publicznego finansowania. W dokumencie napisano: "Dominującym modelem działania POZ w przypadku lekarza rodzinnego powinna stać się prywatna praktyka lekarska włączona w system publicznej opieki zdrowotnej poprzez kontrakt". Szukając poparcia lekarzy rodzinnych jako grupy o wyraźnie definiowanych interesach starano się wykreować siły i grupy społeczne, które swój własny interes i swoją korzyść utożsamiać będą z postępami we wprowadzaniu zmian reformatorskich. Chodziło zatem o to, by lekarze rodzeni rozwijając swoje własne prywatne praktyki przyczyniali się do wprowadzania w życie nowych rozwiązań organizacyjnych.

W 1998 r. przygotowano oficjalny dokument "Strategia rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej w oparciu o instytucję lekarza rodzinnego".³⁰ Uznano w nim, że dostawcami świadczeń w zakresie POZ powinni być lekarze rodzeni, lekarze stomatolodzy pielęgniarzy i położne środowiskowo rodzinne i pielęgniarzy szkolne. Tę strukturę świadczeniodawców traktowano jako docelową i - co należy podkreślić - tylko przejściowo proponowano zatrudnianie przedstawicieli dawnych specjalności podstawowych. Podejmując wątki organizacyjne proponowano tworzenie praktyk lekarskich i pielęgniarzy oraz zakładów, niepublicznych i publicznych. Proponowano szerokie stosowanie budżetów, z których lekarze POZ mogliby kupować niektóre badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne. Szczegółowe określanie zakresu działań poszczególnych świadczeniodawców, powinno następować poprzez zawieranie umów cywilno-prawnych, które także stanowiłyby podstawę przekazywania środków finansowych. Aprobowano wszystkie dostępne metody ustalania płatności, choć wyrażano poparcie dla mieszanej metody, łączącej odpłatność kapitałową z elementami odpłatności za usługę. Dostrzegano niebezpieczeństwo przerzucania kosztów i ograniczania korzystania pod wpływem bodźców finansowych. Formułując postulaty dotyczące kompetencji, i związane z tym problemy kształcenia, zwracano uwagę na treści medyczne oraz na treści dotyczące

²⁸ Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 4 sierpnia 1975 w sprawie organizacji i wzorcowych statutów zespołów opieki zdrowotnej, Dz.Urz. MZiOS Nr. 12, poz. 38

²⁹ MZiOS (1994a), *Strategia rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej*, opracował zespół pod kierunkiem M.Balickiego, marzec, maszynopis

³⁰ MZiOS (1998) *Strategia rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej w oparciu o instytucję lekarza rodzinnego* (przygotował zespół: J.R. Luczak, A. Roślewski, T. Tomasiuk, A. Windak), Antidotum 7/98

"prowadzenia samodzielnej działalności gospodarczej". Interesujące, że pominięto kwestie dotyczące społecznego kontekstu tak postępowania zdrowotnego, jak i działania organizacyjnego. Stawiając problem funkcji regulacyjnych autorzy dokumentu dostrzegali rolę MZiOS, a także organizacji pacjentów o charakterze konsumenckim, ale zasadniczą rolę przyznawali autonomicznym organizacjom profesjonalnym - izbom lekarskim, zwłaszcza w dziedzinie wydawania certyfikatów uprawniających do prowadzenia praktyk (izby pielęgniarek i położnych pominięto) oraz Kolegium Lekarzy Rodzinnych w dziedzinie "wewnętrznych procedur zabezpieczenia jakości". Warto podkreślić, że tę ostatnią funkcję zamierzano rozwijać bez stawiania problemu jej prawnego umocowania, a odwołując się jedynie do argumentu profesjonalnej racji.

Dokument ten stał się podstawą przekształceń POZ realizowanych w toku wdrażania reformy opieki zdrowotnej, a następnie jego podstawowe elementy - przy podkreśleniu sprawowania opieki zarówno w miejsce zamieszkania, jak i nauki - stały się obowiązującą wykładnią przy zakupie świadczeń z zakresu POZ.³¹ Elementem systemu budowanego przez rozwinięcie koncepcji POZ stało się Kolegium Lekarzy Rodzinnych powołane do życia w 1992 r. jako dobrowolna, samorządna organizacja, zrzeszająca lekarzy rodzinnych (mających specjalizację w tym zakresie)³². Jego nadrzędnym celem była promocja instytucji lekarza rodzinnego, co było realizowane zarówno poprzez udział członków Kolegium w przygotowywaniu merytorycznych dokumentów na temat medycyny rodzinnej, jak i poprzez aktywność organizacyjno-polityczną.

Ważnym wydarzeniem w dziejach POZ stały się ustawy o zawodzie lekarza oraz pielęgniarki i położnej, a wcześniej ustawa o ZOZ, które stworzyły podstawy prawne nowej organizacji tej formy opieki. Świadczenia POZ były udzielane w niepublicznych ZOZ, albo w praktykach lekarzy rodzinnych, indywidualnych lub grupowych. W tym kształcie funkcjonowała POZ.

Pod koniec 2003 roku NFZ, jak zwykle, rozpoczął negocjacje ze świadczeniodawcami na temat umów, które powinny być zawarte na następny rok. Odchodząc od rutyny w rozmowach z lekarzami POZ postanowiono upomnieć się o ustalenia, które były przed laty wskazywane jako kluczowe zalety tej formy opieki. Przedmiotem postulatów były sprawy następujące:

- przekazywanie na badania 10% funduszy gwarantowanych kontraktem z NFZ,
- świadczenie pacjentom całodobowej opieki zdrowotnej,
- ponoszenie kosztów transportu pacjentów do szpitala,
- praca w soboty do południa.

Zewnętrzny obserwator mógł odnosić wrażenie, że warunki stawiane są czymś całkowicie naturalnym, co było utrwalone w świadomości świadczeniodawców, ale rzeczywistość okazała się zupełnie różna. Wielu lekarzy POZ, a następnie ich przedstawiciele, doszli do wniosku, że żądania płatnika są nieuczciwe, bo stawiane są nowe wymagania, które zwiększają obciążenia świadczeniodawcy bez żadnej rekompensaty finansowej. Przedstawiciele środowiska wyrażali sprzeciw, indywidualni lekarze odmawiali podpisywania umów. W efekcie, na znacznych połaciach kraju, w nadchodzącym roku pacjenci nie mieli zapewnionej opieki i dostępu do elementarnych świadczeń zdrowotnych. Wkrótce okazało się, że sprzeciw świadczeniodawców ma realny wymiar: gabinety lekarzy POZ pozostały zamknięte – szacowano, że około 10 milionów pacjentów nie miało możliwości skorzystania z porady lekarskiej. Zupełnie nowym zjawiskiem były zbiorowe i zorganizowane wystąpienia

³¹ Dokument: Standard zakupu "podstawowej opieki zdrowotnej". materiały dla świadczeniodawców i płatników (Standard 2001)

³² M. Balicki, J.R. Łuczak, *Medycyna rodzinna - początki w Polsce*, w: *Medycyna rodzinna* pod redakcją M.M. Kochena, PZWL, Warszawa 1996, ss. 88-103

świadczeniodawców. Lekarze rodzinni i pracodawcy zawarli porozumienie, które wobec otwartego konfliktu przejęło na siebie ciężar negocjacji. Powołane zostało 2 sierpnia 2003 roku w Zielonej Górze przez świadczeniodawców z kilku województw zachodnich.³³ Główną rolę w mobilizowaniu środowiska odegrali lekarze POZ. Warunki stawiane przez NFZ zostały określone jako „zapisy destabilizujące prawidłowe funkcjonowanie POZ”, a dopuszczalną metodą sprzeciwu miało być „możliwość solidarnego niepodpisywania umów kontraktowych na rok 2004 przez wszystkich świadczeniodawców pasa zachodniego i południowego Polski”.

³⁴ Powstanie organizacji – Porozumienia Zielonogórskiego (PZ) – było uzasadnione koniecznością wspólnej reakcji na warunki stawiane przez NFZ, które traktowane były jako wygrywanie pozycji monopolistycznej. Działania NFZ były postrzegane jako przejaw nieprzyjaznej polityki, prowadzonej przez Ministerstwo wobec prywatnych świadczeniodawców. W tym czasie rządziła koalicja SLD i PSL. Media, informując o narastającym konflikcie, miały trudności z zajęciem jednoznacznego stanowiska. Z jednej strony działania władz nie zbudowały sympatii, ale jednocześnie strajk w newralgicznym punkcie systemu – w środku zimy – była postrzegany jako niebezpieczeństwo. W rozmowy włączył się Minister Zdrowia, kiedy okazało się, że władze NFZ nie są władne rozstrzygać o zasadności żądań przedstawicieli PZ. Dnia 6 stycznia 2004 roku, po ponad 40 godzinach negocjacji porozumienie zostało osiągnięte, lekarze wrócili do pracy. Porozumienie, określane jako kompromis, było całkowitym zwycięstwem PZ. Wszystkie postulaty świadczeniodawców zostały uwzględnione, a wszystkie oczekiwania formułowane przez NFZ zostały potraktowane jako uzurpacja. Poczucie sukcesu zachęciło działaczy PZ do nadania ruchowi, w znacznej mierze spontanicznemu, cech przedsięwzięcia bardziej zorganizowanego, co stało się bodźcem do powołania w 2004 roku Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia z siedzibą w Zielonej Górze. Jej celem miała być „ochrona praw i reprezentowanie interesów swoich członków wobec dysponentów publicznych i prywatnych środków przeznaczonych na finansowanie usług medycznych, związków zawodowych, organów władzy i administracji państwowej, organów samorządu terytorialnego oraz innych organizacji”.

Wprawdzie władze publiczne wycofały się pod presją PZ, kosztem pacjentów, ale można było mieć nadzieję, że jest to ustępstwo przejściowe, wynikające ze słabej pozycji negocjacyjnej. Jednak dalszy przebieg zdarzeń prowadzi do odmiennego wniosku. Realizując dążenie do definiowania koszyka świadczeń gwarantowanych przyjęto przepis petryfikujący okrojony zakres funkcji POZ. W załączniku stwierdzono, że „świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej od poniedziałku do piątku, w godzinach od 8.00 do 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy”, dopuszczając możliwość krótszej pracy w filiach świadczeniodawcy³⁵. Kiedy zachodziłaby konieczność pobrania próbek laboratoryjnych należało „zapewnić we własnym zakresie i na własny koszt pojemniki na materiały do zleconych badań oraz pojemnik zbiorczy do transportu pobranych próbek”. Lista pacjentów lekarza POZ i lista pacjentów pielęgniarki POZ pozostawały odrębne. Lekarz POZ w ramach współpracy z pielęgniarką, na której liście znajduje się pacjent, był obowiązany do wydania skierowania na realizację zleceń pozostających w jej zakresie zadań. Po latach ambitnych planów podstawowa opieka zdrowotna stała się jednym z elementów – okazało się, że uprzywilejowanym, ale nie bardziej istotnym – systemu zdrowotnego.

³³ Porozumienie Zielonogórskie, Historia powstania Federacji, <http://www.fpz.nazwa.pl/historia.inc>

³⁴ Porozumienie Zielonogórskie zawarte w dniu 2 sierpnia 2003 r w Zielonej Górze, Porozumienie Zielonogórskie, Wikipedia, http://pl.wikipedia.org/wiki/Porozumienie_Zielonog%C3%B3rskie

³⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, z załącznikami, Dz.U.09.139.1138

ZAMIERZONE PRZEKSZTAŁCENIA SZPITALI

Poszukiwanie dobrych formuł organizacyjnych dla tworzenia struktur świadczeniodawców były podejmowane od najwcześniejszych faz reformowania systemu. Z tego punktu widzenia jako przełomową traktuje się ustawę z 1991 roku, kiedy wprowadzono koncepcję samodzielnego, publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Funkcje właścicielskie – funkcje organu tworzącego – powierzono w większości przypadków organom samorządowym. Miało to przybliżyć miejsce rozstrzygania ważnych kwestii zainteresowanym pacjentom, było wyrazem decentralizacji, ale nie zapobiegło szeroko występującemu zjawisku tworzenia długów, co zmuszało władze centralne do podejmowania akcji oddłużania. Problem był dostrzegany, ale metody jego rozwiązania wiązano przede wszystkim z jakością zarządzania. W strategicznym dokumencie na temat systemu zdrowotnego w Polsce stwierdzono, że dyrektorzy SPZOZ oraz właściciele i dyrektorzy niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, odpowiedzialni za zarządzanie tymi zakładami.³⁶ Uznano, że poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jest jednym z czterech celów strategicznych, ale nie wskazywano bliżej metod jego realizacji. W diagnozie nie wskazywano instytucjonalnych warunków, w jakich organizowani byli świadczeniodawcy jako przyczyny występujących dysfunkcji, chociaż pojawiała się kwestia braku skutecznych mechanizmów nadzoru organów założycielskich wobec samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. W dyskusjach przedstawiano jednak także propozycje zastąpienia dotychczasowej formuły spozoz koncepcją spółki, zwłaszcza koncepcją spółki użyteczności publicznej. W jednym z takich projektów, firmowanym przez Lewicę, rozpatrywanym przez Sejm proponowano, że szpitale mogą być organizowane jako spółki użyteczności publicznej, jednostki budżetowej, zakładu budżetowego, a także jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej³⁷. Projekt ten został przez Sejm odrzucony, po negatywnym stanowisku przedstawionym przez rząd.³⁸ Z czasem – około 2008 roku – idea spółki została przejęta przez liderów zmian przygotowujących propozycje reformatorskie.

Autorzy zestawu propozycji firmowanego przez PO uznali, że ze względu na konieczność dokonania znaczących zmian w zakresie organizacji i funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej, zasadne i celowe było przygotowanie nowej ustawy, a nie kolejnej nowelizacji starej, która już wielokrotnie była poddawana takim zabiegom. Argumentem za całościowym potraktowaniem problemów sektora zdrowotnego były również istotne zmiany zachodzące w całym systemie ochrony zdrowia, w jakim działają ZOZ i inne podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych. Jednocześnie, z uwagi na bardzo obszerny i różnorodny zakres zagadnień zawartych obecnie w ustawie o ZOZ uznano za zasadne podzielenie ich i uregulowanie w odrębnych aktach prawnych. Stąd idea pakietu propozycji. W skład „pakietu reformatorskiego” weszły następujące ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, o pracownikach zakładów opieki zdrowotnej, o akredytacji w ochronie zdrowia, o konsultantach w ochronie zdrowia.

Wśród różnych ustaw za projekt najważniejszy dla strukturalnych i finansowych systemu uznany został projekt dotyczący zoz. W projekcie utrzymany został podział na zakłady

³⁶ Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce 2007 – 2013, Warszawa, czerwiec 2005 r.

³⁷ Projekt ustawy o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw [http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/23F1E647A8FC87F7C1257408003700E2/\\$file/292.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/23F1E647A8FC87F7C1257408003700E2/$file/292.pdf)

³⁸ Stanowisko Rządu wobec poselskiego projektu ustawy - o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw (druk nr 292). [http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/5FF3F623DF21CD20C125741800268227/\\$file/292-004.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/5FF3F623DF21CD20C125741800268227/$file/292-004.pdf)

publiczne i niepubliczne. Zaproponowano, by szpitale mogły być tworzone i prowadzone wyłącznie przez samorząd województwa, wyłączając inne szczeble samorządu. Wyłączone także spółki cywilne, jako podmioty tworzące zakłady niepubliczne. W projekcie utrzymano także podział na zakłady stacjonarne i ambulatoryjne, określając ich zamknięty katalog. Nowym rozwiązaniem było wprowadzenie możliwości pobierania przez szpital opłaty za zapewnienie pacjentowi pomieszczenia o wyższym standardzie, co wymagałoby określenia przez Ministra Zdrowia standardu definiującego standard podstawowy.

Wysokość opłaty miał ustalać kierownik ZOZ. Za najistotniejsze uznano propozycje przepisów zakładające dopuszczenie możliwości działania zakładu opieki zdrowotnej w formie spółek handlowych, co oznaczało możliwość powstawania spółek z ograniczoną odpowiedzialnością oraz spółek akcyjnych. Autorzy propozycji stwierdzili, że rozwiązanie dotyczące spółek stanowiło odpowiedź na liczne postulaty w tej sprawie zgłaszane do MZ. Zaproponowano, by w przypadku szpitali klinicznych udział publicznej uczelni medycznej, publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych lub CMKP w spółce pozostawał na poziomie co najmniej 75%, bez możliwości zbywania akcji lub udziałów. W odniesieniu do pozostałych zakładów opieki zdrowotnej minimalny udział Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego ustalony został na 51%. Procedura przekształcania zakładów w spółki została potraktowana jako w pełni dobrowolna. Samodzielne publiczne ZOZ pozostające zakładami miały otrzymać gwarancję, że mogły nadal funkcjonować w dotychczasowej formie. Twórcy reformy zakładali, że dobrowolność przekształcenia zachęci w pierwszej kolejności zakłady, znajdujące się w najlepszej sytuacji finansowej – a więc nie wszystkie – a ich przykład może zachęcać pozostałe do pójścia tą samą drogą.

Jako bardzo ważny problem związany z formułą instytucjonalną, jaka miała być zastosowana do świadczeniodawców była kwestia finansowej odpowiedzialności kierownika za sytuację finansową szpitala. Jak już stwierdzono wyżej jednym z najbardziej niebezpiecznych dla całego systemu zjawisk był powtarzający się wielokrotnie proceder zadłużania szpitali. Powtarzane akcje oddłużania nie przynosiły rezultatów, a sami decydenci z reguły twierdzili, że powodem długów było dążenie do zaspokojenia potrzeb pacjentów. W powołanym już dokumencie o Strategii rozwoju ochrony zdrowia przyjęto, że Problem odnawiającego się zadłużania SPZOZ. wynika z szeregu przyczyn³⁹:

- ograniczonej wysokości środków publicznych na ochronę zdrowia;
- nieracjonalnego rozmieszczenia ZOZ;
- niewłaściwej alokacji środków;
- braku odpowiedniego nadzoru właścicielskiego;
- złego zarządzania zakładami opieki zdrowotnej.

Twórcy pakietu reformatorskiego – i koncepcji szpitala zorganizowanego jako spółka – przyjmowali założenie, że proponowana w propozycjach formuła organizacyjna pozwoli na rozwiązanie tych problemów. Co więcej, można było odnieść wrażenie, że wierzono, że przekształcenie SPZOZ w spółkę tworzy gwarancję sukcesu, a w każdym razie uchroni świadczeniodawcę przed popadaniem w długi w przyszłości.

W projekcie ustawy o ZOZ przyjęto, że zarząd spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółki akcyjnej pełni funkcję kierownika publicznego zakładu opieki zdrowotnej prowadzonego w formie tej spółki. W związku z tym zasady odpowiedzialności przewidziane w przepisach Kodeksu spółek handlowych mogły być wykorzystane. Te same przepisy dotyczące odpowiedzialności cywilnoprawnej członków zarządu można było stosować do

³⁹ Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce 2007 – 2013, Warszawa, czerwiec 2005 r.

zarządcy, jeśli taka forma kierowania zakładem była stosowana. Inną formą kontroli były analizy bilansów. Jeżeli bilans sporządzony przez zarząd wykaże stratę przewyższającą sumę kapitałów zapasowego i rezerwowych, zarząd jest obowiązany niezwłocznie zwołać zgromadzenie wspólników albo walne zgromadzenie w celu powzięcia uchwały dotyczącej dalszego istnienia spółki,

W pierwotnym projekcie decyzja o przekształceniu SPZOZ w spółkę miała być dobrowolna. Jednak w trakcie prac nad projektem ustawy podejście twórców ustawy uległo zmianie i zaproponowano przymusową i jednoczesną zmianę usytuowania prawnego szpitali poprzez przekształcenie ich w spółki. W tekście ustawy znalazło się sformułowanie następujące: Minister, centralny organ administracji rządowej, wojewoda oraz jednostka samorządu terytorialnego, może wyłącznie utworzyć spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółkę akcyjną, prowadzącą zakład opieki zdrowotnej.⁴⁰ Zakład mógł mieć także postać jednostki lub zakładu budżetowego. Również publiczna uczelnia medyczna albo publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, albo Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, mogły wyłącznie utworzyć spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością albo spółkę akcyjną, prowadzącą zakład opieki zdrowotnej. Kwesta przymusu stała się przedmiotem ożywionych debat. Przedstawiciele opozycji nie mieli wątpliwości, że obligatoryjna formuła jest złym pomysłem. Poseł PiS Bolesław Piecha mówił: „Z ustawy, która miała być szansą, wyszła ustawa, która może być gwoździem do trumny polskiej opieki zdrowotnej.⁴¹ Z ustawy, w której miała być fakultatywność przekształcenia, ograniczenie możliwości objęcia udziałów, działalność szpitali określona jako not for profit, zrobił się wilczy, liberalny rynek. W związku z tym, że Platforma Obywatelska bardzo często używa słowa: komercjalizacja, mam przed sobą kilka słów o komercjalizacji zawartych w encyklopedii. Komercjalizacja jest to ogół zmian mających na celu oparcie czegoś na zasadach komercyjnych, handlowych. Celem komercjalizacji jest prywatyzacja”. Poseł LiD Marek Balicki powiedział: „Popieramy przekształcenia w spółki kapitałowe i uważamy, że jest pole kompromisu, tylko że przekształcenia muszą mieć charakter dobrowolny, czyli decyzja ma należeć do samorządu.⁴² W strukturze właścicielskiej takich spółek większość muszą mieć podmioty publiczne, czyli jednostka samorządu terytorialnego albo Skarb Państwa. Poza tym spółki te mają działać nie dla zysku. Te elementy, pani minister, były zawarte w projekcie ustawy, który wyście skierowali do parlamentu w styczniu. (...) zostały zmarnowane trzy lata pracy na rzecz rozsądnego i racjonalnego naprawiania systemu opieki zdrowotnej”.

Wątpliwości dotyczące radykalizacji propozycji reformatorskich płynęły nie tylko z opozycyjnych środowisk politycznych. Szanse planowanego przedsięwzięcia warto oceniać z punktu widzenia instytucji, które miały przejmować odpowiedzialność za prowadzenie instytucji zdrowotnych – samorządów i ich społecznego zaplecza. Jeśli przedstawiciele tych instytucji wyrażają obawy, to warto je brać pod uwagę. Możliwość szukania odpowiedzi na temat stanowiska środowisk samorządowych powstawała w związku z badaniem podjętym przez Obywatelski Ośrodek Konsultacji Społecznych.⁴³ Badanie przeprowadzone zostało na reprezentatywnej grupie 260 samorządów, organizacji pozarządowych i związków zawodowych ze wszystkich rejonów Polski. To że reforma była niezbędna było udziałem 59 % ogółu badanych instytucji uważało, że obowiązujący aktualnie w Polsce system ochrony

⁴⁰ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o zakładach opieki zdrowotnej, http://orka.sejm.gov.pl/proc6.nsf/ustawy/284_u.htm

⁴¹ Sprawozdanie stenograficzne, 6 kadencja, 26 posiedzenie, 1 dzień (21-10-2008), <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf>

⁴² Sprawozdanie stenograficzne, 6 kadencja, 26 posiedzenie, 1 dzień (21-10-2008), <http://orka2.sejm.gov.pl/Debata6.nsf>

⁴³ Obywatelski Ośrodek Konsultacji Społecznych Reforma systemu ochrony zdrowia w opiniach: samorządów, organizacji pozarządowych, związków zawodowych, *Badanie; Warszawa wrzesień, 2008*, <http://www.fundacja-pe.nazwa.pl/ooks/pliki/badanie.pdf>

zdrowia był zły i wymagał radykalnych zmian. Wśród instytucji administracyjnych ten sam odsetek wyniósł 43%. Przedstawiciele 52% ogółu instytucji wierzyli, że pakiet reformatorski poprawi sytuację, w 37% instytucji twierdzono, że przedsięwzięcie było ryzykowne. Wśród samorządów w 32% przedstawiano opinię pozytywną, w 5% negatywną (zmiany przyniosą szkody), a w 35% twierdzono, że nic się nie zmieni. W ogólnej próbie w 47% instytucji przedstawiano opinię, że planowane przekształcenie zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego usprawni zarządzanie zakładami opieki zdrowotnej, ale w 44% instytucji wyrażano opinię przeciwną. Wśród przedstawicieli administracji przekonania były inne. Przekształcenie zakładów w spółki prawa handlowego jako słuszne, usprawniające zarządzanie oceniało 37% badanych, obawę, że narazi ZOZ na upadłość wyrażało 28%, a niebezpieczeństwo wyprzedaży majątku widziało 7%. Jednocześnie często wyrażano obawę o to, czy samorzady są merytorycznie przygotowane do przejęcia większościowej odpowiedzialności za prowadzenie spraw przekształconych zakładów – w 40% wyrażano opinie pesymistyczne, a w 23% ogółu instytucji deklarowano optymizm pod tym względem. Przedstawiciele samorządów byli bardziej powściągliwi pod tym względem: 19% uważało, że tak, samorzady są przygotowane, a 28%, że nie, pozostali nie mieli zdania. W pytaniu „Czy proponowane zmiany systemu ochrony zdrowia doprowadzą do właściwego gospodarowania środkami NFZ” rozkład odpowiedzi był 31% tak i 30% nie i podobne proporcje występowały w samorządach.

Specjalna ustawa miała wprowadzać w życie uchwalone ustawy.⁴⁴ Poza ustawa o prawach pacjenta pozostałe miały wejść w życie 1 stycznia 2009 r. Rząd zamierzał doprowadzić do jednoczesnego wprowadzenia w życie całego pakietu. Kiedy jednak Prezydent wybiórczo akceptował niektóre tylko ustawy – ustawa o ZOZ została odrzucona – wetem została objęta także ustawa wprowadzająca. Próby odrzucenia weta przez Sejm nie powiodły się, ponieważ koalicji nie udało się pozyskać głosów SLD. Na podstawie niepotwierdzonych przecieków twierdzono, że powodem twardego stanowiska był sprzeciw koalicji wobec prób osłabienia obligatoryjnego charakteru przekształceń szpitali w spółki. Zmiana formuły prawnej zoz nie była możliwa.

Dążąc do przezwyciężenia trudności wynikających z odrzucenia ustawy Minister Zdrowia ogłosiła w lutym 2009 – w towarzystwie premiera – „Plan B”.⁴⁵ Miał ambitną nazwę „ratujemy polskie szpitale” i przypominał możliwości prowadzenia przekształceń własnościowych w ramach istniejącego porządku prawnego. Jak powiedział Premier „...ten projekt ma zapobiec dzikiej prywatyzacji, że ten projekt ma zapobiec likwidacji szpitali, że to jest właśnie projekt, dzięki któremu te szpitale mogą przetrwać”. Ustalenia samorządów wchodzących na ścieżkę przekształceń miały być wspierane finansowo. przewidywano spłatę części zobowiązań szpitali – wobec ZUS i urzędów skarbowych. Zadłużenie nie mogło powstać po 1 stycznia 2009 r. Początkowo przewidywano, że wsparcie na oddłużenie szpitali przekształconych w spółki będzie wynosić 2,6 mld zł rocznie. Ocena tego przedsięwzięcia nie była jednoznaczna. Z jednej strony przedstawiano niepowodzenia inicjatywy i małe nią zainteresowanie. Chociaż początkowo udział w przedsięwzięciu zadeklarowało 57 szpitali, to do lata zmiany przeprowadzono w 7⁴⁶. Można jednak także było znaleźć informacje pozytywne z punktu widzenia zwolenników przekształceń. Wskazywano wzrost udziału świadczeniodawców prywatnych (120 w 2008) i działających w formie spółek

⁴⁴ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia, Ustawa nieuchwalona ponownie po wecie Prezydenta

⁴⁵ *Rząd ma dla szpitali plan B*, http://www.se.pl/wydarzenia/kraj/rzad-ma-dla-szpitali-plan-b_90084.html

⁴⁶ *Kopacz kontratakuje. Plan B jednak działa?*

<http://news.money.pl/artykul/kopacz;kontratakuje;plan;b;jednak;dziala,2,0,497922.html>

samorządowych (67 w 2008) w wolumenie udzielanych usług.⁴⁷ Szacowano, że wzrost osiągnięty między rokiem 2007 i 2008 kiedy udział sektora sprywatyzowane wzrósł od 1% do 10% będzie kontynuowany. Wskazywano potwierdzone doświadczeniem zalety prywatyzacji. Jak stwierdził jeden z uczestników tych procesów „Zaraz po przejęciu jesteśmy w stanie obniżyć koszty funkcjonowania nawet o 50%”. Zgodnie z danymi GUS w 2008 roku było 186 szpitali niepublicznych i 546 publicznych szpitali ogólnych.⁴⁸

W roku 2010 stało się jednak oczywiste, że plan B nie powiódł się. Do kwietnia tylko 11 samorządów przyjęło decyzje o przekształceniu szpitali.⁴⁹ Jednym ze wskazywanych powodów był prawdopodobnie lęk samorządów, które wobec zbliżających się wyborów nie chciały ryzykować oskarżeń o pochopną prywatyzację publicznego majątku. W tej sytuacji zaproponowano trzy modyfikacje planu B:

- O dwa lata, do końca 2013 r., zostanie wydłużony czas na przekształcenie szpitala w spółkę.
- Samorzady będą mogły z rządowych pieniędzy spłacić nie tylko długi, ale także kredyty zaciągnięte w latach 1999 – 2008, o ile były one przeznaczone na remonty czy zakup sprzętu dla szpitala.
- Do planu będą mogły przystąpić także te samorzady, które już skorzystały z rządowej dotacji, a miały zaciągnięte kredyty, których rządowa pomoc nie mogła pokryć.

Istnieje prawdopodobieństwo, że bardziej elastyczne zasady przekształceń i dostosowanie zasad udzielania pomocy szpitalom znajdującym się w trudnej sytuacji zwiększą liczbę samorządów i szpitali decydujących się na przekształcenia. Wypada także wyrazić nadzieję, że ziszczą się oczekiwania twórców koncepcji zmian, że – raz wprowadzone – będą sprzyjały bardziej racjonalnemu zarządzaniu.

AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH

Regulacje dotyczące Agencji Oceny Technologii Medycznych zostały włączone do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w której nowy artykuł 31 poświęcony został tym kwestiom. Włączenie spraw dotyczących Agencji do ustawy podnosiło jej prestiż – początkowo regulacje miały postać rozporządzeń.

Zgodnie z brzmieniem przepisów Agencja do jej zadań zaliczono:

- 1) realizację zadań związanych z oceną świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie:
 - a) wydawania rekomendacji w sprawie:
 - kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego,
 - określania lub zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego,
 - usuwania danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych,
 - b) opracowywania raportów w sprawie oceny świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem raportów w sprawie oceny leku lub wyrobu medycznego,
 - c) opracowywania oceny raportów w sprawie oceny świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) opracowywanie, weryfikacja, gromadzenie, udostępnianie i upowszechnianie informacji o metodologii przeprowadzania oceny technologii medycznych

⁴⁷ Ponad połowa rynku usług zdrowotnych w Polsce jest już w rękach niepublicznych, „Gazeta Prawna”, 21 stycznia 2009,

⁴⁸ Mały Rocznik statystyczny, GUS 2010, s.260,

http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_oz_maly_rocznik_statystyczny_2010.pdf

⁴⁹ Minister Kopacz ma nowy plan na oddłużenie szpitali,

http://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/412166,minister_kopacz_ma_nowy_plan_na_oddluzenie_szpitali.html

oraz o technologiach medycznych opracowywanych w RP i innych krajach;

3) opiniowanie programów zdrowotnych, jeśli dotyczyły ważnych zjawisk epidemiologicznych, albo wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych;

4) prowadzenie działalności szkoleniowej w zakresie zadań, o których wyżej mowa;

5) realizację innych zadań zleconych przez MZ.

Zadaniem Agencji było przygotowanie rekomendacji dla danego świadczenia opieki zdrowotnej w sprawie jego zakwalifikowania jako świadczenia gwarantowanego, wraz z określeniem poziomu finansowania w sposób kwotowy albo procentowy lub sposobu jego finansowania, lub warunków jego realizacji. Decyzję, po otrzymaniu rekomendacji, które nie były jednoznacznie wiążące, podejmował Minister Zdrowia.

Podstawą zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego była jego ocena uwzględniająca następujące kryteria:

1) wpływ na poprawę zdrowia obywateli przy uwzględnieniu:

a) priorytetów zdrowotnych określonych w przepisach (rozporządzenie MZ),

b) wskaźników zapadalności, chorobowości lub śmiertelności określonych na podstawie aktualnej wiedzy medycznej;

2) skutki następstw choroby lub stanu zdrowia, w szczególności prowadzących do:

a) przedwczesnego zgonu,

b) niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,

c) niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z FUS,

d) przewlekłego cierpienia lub przewlekłej choroby,

e) obniżenia jakości życia;

3) znaczenie dla zdrowia obywateli, przy uwzględnieniu konieczności:

a) ratowania życia i uzyskania pełnego wyzdrowienia,

b) ratowania życia i uzyskania poprawy stanu zdrowia,

c) zapobiegania przedwczesnemu zgonowi,

d) poprawiania jakości życia bez istotnego wpływu na jego długość;

4) skuteczność kliniczną i bezpieczeństwo;

5) stosunek uzyskiwanych korzyści zdrowotnych do ryzyka zdrowotnego;

6) stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych;

7) skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

Jednym z organów Agencji była dwunastoosobowa Rada Konsultacyjna, będąca ciałem opiniodawczym i doradczym. W jej skład wchodziła:

1) siedmiu przedstawicieli Ministra Zdrowia;

2) przedstawiciel wskazany przez rektorów uczelni medycznych;

3) przedstawiciel wskazany przez Naczelną Radę Lekarską;

4) przedstawiciel wskazany przez Naczelną Radę Aptekarską;

5) przedstawiciel wskazany przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych;

6) przedstawiciel wskazany przez Fundusz.

Przewaga liczbowa członków Rady nominowanych przez MZ dawała im bezwzględną przewagę, niezależnie od wartości merytorycznych argumentów.

Prace merytoryczne skoncentrowane były w Wydziale do Spraw Systemów Ochrony Zdrowia oraz Wydziale Oceny Technologii Medycznych.⁵⁰ Raczej nieoczekiwanie podjęta została decyzja o uregulowaniu zasad prowadzenia kontroli w AOTM, podejmowanej na wniosek Ministra Zdrowia.⁵¹ W odpowiednim przepisie napisano, że celem kontroli jest „ustalenie stanu faktycznego działalności AOTM w kontrolowanym zakresie, jego udokumentowanie, dokonanie oceny kontrolowanej działalności pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności, wskazanie osób odpowiedzialnych za stwierdzone nieprawidłowości oraz sformułowanie wniosków i zaleceń pokontrolnych”. Wprawdzie regulacja ta była zgodna z delegacją ustawową, to nie można oprzeć się wrażeniu, że gorliwość spełnienia formalnych wymogów była elementem demonstrowania przewagi MZ w stosunku do Agencji. Ustalono też stawki za pracę dla członka Rady Konsultacyjnej przy AOTM wyznaczonego do przedstawienia i podsumowania zebranych informacji i analiz w sprawie, w której Rada przygotowuje stanowisko, — 1 000 zł.⁵² Biorąc pod uwagę wielkość finansowych skutków decyzji podejmowanych – lepiej powiedzieć: rekomendowanych – przez AOTM nie można było wysokości wynagrodzenia uznać za nadmiernie szczodre.

RUCH „RODZIĆ PO LUDZKU”

Fundacja Rodzić po Ludzku powstała w 1996 r., aby kontynuować działania zainicjowane przez grupę dziennikarzy i działaczy społecznych podczas pierwszej fazy mobilizacji opinii samych zainteresowanych kobiet i ich rodzin, którzy sprzeciwili się wcześniejszej rutynie.⁵³ Ruch społeczny – nie waham się użyć takiego określenia – rozpoczął się od serii tekstów drukowanych w „Gazecie Wyborczej” w 1994 roku, w których ujawniano dramatycznie złe warunki, w jakich przychodziło rodzić kobietom. Zasadniczym powodem licznych skarg był całkowicie przedmiotowy sposób traktowania kobiet, których emocje – chciałoby się najbardziej pozytywnie – były traktowane jako kłopot dla personelu i całkowicie lekceważone. Takie działania jak przymusowe golenie, wymuszona pozycja i rozdzielanie matek i dzieci były codzienną praktyką, traktowaną jako postępowania całkowicie racjonalne, podporządkowane trosce o zdrowie i nie wymagające jakiegokolwiek ingerencji. Początkowo zainicjowano akcję, w której elementy sprzeciwu i hasło godności były wyraźnie obecne, aby następnie powołać Fundację „Rodzić po ludzku”. Po latach doświadczeń Fundacja stała się ważnym uczestnikiem tego, co dzieje się w opiece zdrowotnej i na jej pograniczach. Organizuje liczne zajęcia edukacyjne i spotkania przygotowujące do aktywnego porodu i pierwszych tygodni rodzicielstwa, oferuje ćwiczenia dla kobiet w ciąży. Wydaje się jednak, że największym osiągnięciem ruchu i Fundacji jest udział w kształtowaniu nowej świadomości obywatelskiej. Uczestniczący we wszystkich przedsięwzięciach często zaczynają sobie zdawać sprawę, że w ochronie zdrowia – tak jak we wszystkich sferach publicznych – nie należy biernie poddawać się tradycyjnie dziedziczonym autorytetom, w błędnym przekonaniu, że trwającego lata obyczaju nie można i nie należy zmieniać. Sądzę, że doświadczenie zdobywane w specyficznych kwestiach dotyczących porodu może być z sukcesem przenoszone na inne dziedziny.

⁵⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2009 r. w sprawie nadania statutu Agencji Oceny Technologii Medycznych, Dziennik Ustaw Nr 133, Poz. 1102

⁵¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2009 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli Agencji Oceny Technologii Medycznych, Dziennik Ustaw Nr 183, Poz. 1434

⁵² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2009 r. w sprawie wysokości wynagrodzenia członków i przewodniczącego Rady Konsultacyjnej działającej przy Prezesie Agencji Oceny Technologii Medycznych, Dziennik Ustaw Nr 133, Poz. 1103

⁵³ Fundacja „Rodzić po ludzku” <http://www.rodzicpoludzku.pl/O-Fundacji/>

Instytut

Fundacja Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej powstała w 2004 roku. Choć można twierdzić, że jej powołanie było odpowiedzią na społeczne oczekiwania, to warto podkreślić rolę księdza Arkadiusza Nowaka, znanego w przeszłości obrońcą osób będących nosicielami wirusa HIV⁵⁴. Jako główne cele działalności Instytutu wskazano:

- upowszechniania wśród społeczeństwa idei praw pacjenta i wspierania działań mających na celu ich egzekwowanie;
- podejmowania działań mających na celu traktowanie pacjenta jako najważniejszego podmiotu w systemie ochrony zdrowia, a w szczególności w relacji lekarz - pacjent;
- wspierania i aktywizacji środowisk działających na rzecz praw pacjenta, w tym inspirowania działań na rzecz integracji różnych grup i organizacji reprezentujących pacjentów;
- wspierania rozwiązań systemowych mających na celu dobro pacjentów oraz podnoszenia świadomości obywatelskiej w dziedzinie praw pacjenta i polityki zdrowotnej państwa;
- rozwijania współpracy międzynarodowej w powyższym zakresie;
- propagowania działań mających na celu poprawę stanu zdrowia społeczeństwa i postaw pro-zdrowotnych

W praktyce aktywność Instytutu Polega przede wszystkim na propagowaniu idei praw pacjenta i na udzielaniu Porad prawnych w tej dziedzinie. Na szczególną uwagę zasługuje z pewnością akcja „Leczyć po ludzku”.

W listopadzie 2009 Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej zainicjował akcję społeczną „Leczyć po ludzku”.⁵⁵ Partnerem od początku była Gazeta Wyborcza, mająca bogate doświadczenie dzięki wspomnianej wcześniej inicjatywie związanej z porodami. W kręgach IPPiEZ oceniano, że przesłanie kampanii dotarło do około 5 milionów osób. Czas wystąpienia był dobrze dobrany, bo od połowy roku obowiązywała ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ale stan jej stosowania był daleki od zadowalającego. Zarówno poziom wiedzy pacjentów, jak i gotowość przestrzegania praw przez personel medyczny pozostawiały wiele do życzenia. Przyjęto zatem, że celem akcji było zapoznanie polskiego społeczeństwa z przysługującymi wszystkim obywatelom prawami pacjenta. Jak stwierdzono w przeprowadzonych kilka lat wcześniej badaniach tylko co drugi polski respondent wiedział, że jako pacjentowi przysługują mu jakieś specyficzne prawa, natomiast tylko 19% z grupy poinformowanych była w stanie wskazać jakiegokolwiek prawo i je nazwać.⁵⁶ Pacjenci nie mieli możliwości przekonania się o istnieniu i stosowaniu praw bowiem 39% spośród nich twierdziło, że prawa są przestrzegane rzadko lub wcale. Przeciwnego zdania była mniejszość – 23%. Inicjatorzy akcji nie mogli mieć wątpliwości, że jest ona bardzo potrzebna.

⁵⁴ Statut Fundacji Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, <http://www.prawapacjenta.eu/?pId=statut>

⁵⁵ Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej Akcja „Leczyć po Ludzku”, <http://www.prawapacjenta.eu/?pId=2186>

⁵⁶ Prawa pacjenta. Raport z badań Capibus (autor O. Wagner), MillwardBrown SMG/KRC na zamówienie Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Warszawa 2008, Report of the survey Capibus (author O. Wagner), commissioned by the Institute of Patient Rights and Health Education, Warszawa 2008 http://www.prawapacjenta.eu/var/media/File/Raport%20%20badania_swiadomosc%20praw%20pacjenta%20i%20wiedza%20w%20Polsce.pdf

PODSUMOWANIE

Stan świadomości obywateli jest faktem, który musi być brany pod uwagę tak przez badaczy, jak i polityków. Ci pierwsi traktują go jako szansę lub przeszkodę we wprowadzaniu proponowanych zmian. Mapę poparcie i sprzeciwu mogą wykorzystywać do szukania zwolenników i neutralizowania oporu. Mogą także rozważać próby długofalowego oddziaływania celem zmiany poglądów. Dla polityków przekonania i emocje otwierają możliwości mobilizowania poparcia, dla własnych planów, i sprzeciwu wobec zamierzeń oponentów. W przedstawionych poglądach Polaków, prócz niezadowolenia z organizacji i działania służby zdrowia, obecny był element antymodernizacyjny i antyrynkowy. Dotyczyło to zarówno odrzucania haseł prywatyzacji, jak i niechęci wobec przyjmowania na siebie finansowych zobowiązań. Dominowało przekonanie o odpowiedzialności państwa za umożliwianie darmowego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Jeśli pojawiało się zainteresowanie prywatnym ubezpieczeniem – co pociągałoby za sobą konieczność płacenia składki – to wysokość składki była minimalna. Dostrzegany wzrost poparcia dla niektórych drobnych, dodatkowych opłat pozostawał na niskim poziomie. W tych warunkach używanie pojęcia „prywatyzacji” jako bodźca wywołującego lęk było uzasadnione – przynajmniej przejściowo – skuteczne. Paradoksalnie – antyrynkowe nastroje ludzi mogą sprzyjać rozwojowi życzliwości wobec osób, którzy ponieśli porażkę w konkurencji o powodzenie życiowe i materialne. Pod warunkiem jednak, że sprzeciw wobec rynku nie doprowadzi do wystąpienia agresywnej frustracji.

Sprawa POZ ujawniła wyraźne niepowodzenie wysiłków mających na celu usprawnienie funkcjonowania lekarzy rodzinnych i uczynienie z nich siły promującej progresywne zmiany w systemie. Klęska dawnych reformatorów polega nie tylko na tym, że warunki udzielania świadczeń nie tworzą komfortu dla pacjentów, nie tylko na tym, że władze służby zdrowia są obciążone - jak dawniej – obowiązkiem organizowania opieki w porze nocnej, w niedziele, święta, w czasie urlopu. Nowe przepisy wydane przez Ministerstwo Zdrowia utrwaliły sytuację mało korzystną dla pacjentów i władz, a bardzo korzystną dla świadczeniodawców. Najważniejszy przejaw klęski polega na ujawnieniu całkowitej bezradności wobec oporu środowiska, które było w stanie – pod wpływem szantażu – zaakceptować egoistyczne żądania świadczeniodawców. Doświadczenia negocjacji z Porozumieniem Zielonogórski pokazało, że władze muszą ugiać się pod presją środowiska, niezależnie od tego, jak dalece byłoby to niezgodne z dążeniami decydentów. Mechanizm otwartego zarządzania, w którym jest wykorzystywany udział społecznych partnerów, został – w naszych warunkach – w znacznym stopniu skompromitowany. Jednocześnie nadzieje związane z pozyskaniem sojusznika w prowadzeniu zmian i racjonalizowaniu działania systemu spełzły na niczym. Odpowiedź na pytanie o to, kto, które środowiska wewnątrz sektora zdrowotnego byłyby skłonne popierać zmiany modernizacyjne jest obecnie trudniejsza, niż była przed aktywizacją Porozumienia Zielonogórskiego. Dla ludzi znajdujących się w trudnej sytuacji społecznej, ubogich i wykluczonych, zmiany w POZ nie wróżą niczego dobrego. Sformalizowanie i utrudnienie kontaktów z lekarzem POZ oddala go od społeczności i jej problemów. Pracujący – i urzędujący – do godziny 18 lekarz ma mniej możliwości zajmowania się sprawami wykraczającymi poza wąsko rozumiane sprawy medyczne.

Lansowanie idei przekształcania szpitali w spółki prawa handlowego nie przyniosły jednoznacznych rezultatów. Z jednej strony perspektywa takich przekształceń jest atrakcyjna, może zwiększać prawdopodobieństwo bardziej racjonalnego zarządzania i unikania długów – ale warto pamiętać, że możliwość taka istnieje i dla jej uruchomienia nie trzeba wprowadzania nowych przepisów. Wszystkie szpitale, których kierownictwo i ich organy

założycielskie czują się przygotowane do zmian – chodzi o stan świadomości i jakość zarządzania – mogą na drogę przekształceń dobrowolnie wstąpić. Istotą projektu ustawy były przekształcenia obligatoryjne, niezależne od stopnia przygotowania poszczególnych instytucji do czekających je zmian. Był to pomysł zły i jest rzeczą interesującą, że autorzy koncepcji nie wyciągnęli wniosków ze zniechęcających doświadczeń zebranych przed laty w czasie przymusowego tworzenia samodzielnych zoz. Nie są jasne argumenty, które przekonały autorów koncepcji do jego włączenia do projektu, pamiętając że pierwotnie godzono się na zasadę dobrowolności. W trakcie prac parlamentarnych nie przedstawiono przekonującego uzasadnienia przebudowy propozycji. Jednocześnie dziwi upór, z jakim autorzy koncepcji bronili zasady obligatoryjnych zmian, jeśli nawet szansa odrzucenia weta prezydenckiego nie skłoniła ich do poczynienia ustępstw. Ogłoszenie „Planu B” robiło wrażenie raczej desperackiej próby przesłonięcia niepowodzenia, do jakiego doszło w procesie legislacyjnym, niż rzeczywistego otwierania przed zakładami i samorządami nowych możliwości. Warto przy tym pamiętać, że przekształcenia własnościowe szpitali są tylko jedną z wielu możliwości poszukiwania lepszych formuł zarządzania i ich ewentualne wprowadzenie nie zwalnia decydentów od rozpatrywania – i wprowadzania w życie – innych rozwiązań. Dla ludzi ubogich i wykluczonych sytuacja – pozornie – nie uległa zmianie i szpitale działają jak poprzednio. Trzeba jednak pamiętać o zmianach mentalnych, szczególnie wśród kierownictwa placówek. Nacisk na efektywność ekonomiczną, uwypuklenie sprawy równowagi finansowej i unikania długów, utrudnia troskę o misję szpitala. Ten – jak wskazuje nazwa – tradycyjnie był traktowany i postrzegany jako azyl dla osób będących w trudnej sytuacji. W Polsce funkcjonuje pojęcie „pacjenta socjalnego”, często osoby starszej, bezradnej, chorej. Wobec presji na efektywność pacjenci tacy, wywodzący się spośród ubogich i wykluczonych, będą traktowani jako obciążenie, prowadzące do kłopotów.

Utworzenia Agencji Oceny Technologii Medycznych było niewątpliwie słuszną decyzją. Było to zgodne ze światową i europejską tendencją polegającą na wzmacnianiu eksperckiego zaplecza wspomagającego procesy zarządzania w sektorze zdrowotnym. Sprawa dotyczyła – i dotyczy – zasadności dopuszczania do stosowania nowych technologii, także leków oraz wydawania na nie publicznych pieniędzy. Wiadomo powszechnie, że wytwórcy i dystrybutorzy nowych technologii są zainteresowani sprzedażą swoich produktów i publiczny płatnik jest bardzo dobrym nabywcą. Jednak wiele spośród nowych wytworów nie prowadzi do uzyskiwania rezultatów zdrowotnych w sposób efektywny, wobec czego ich zakup jest złą inwestycją, z punktu widzenia wspólnego dobra. Wielowymiarowa kontrola efektywności technologii jest powszechnie akceptowanym celem agencji. Aby ta funkcja mogła być pełniona muszą być spełnione dwa warunki. Po pierwsze, procesy ewaluacyjne muszą być prowadzone kompetentnie, a orzeczenia agencji darzone zaufaniem, po drugie działania agencji muszą być niezależne, co jest w dużym stopniu warunkiem pierwszego. Obawiam się, że usytuowanie AOTM nie spełnia dostatecznie drugiego wymogu. Mimo ustawowego umocowania – co należy docenić – podporządkowanie Ministerstwu Zdrowia jest duże. Tworzy to zagrożenie dla bezstronności. Istnieje obawa, że rozstrzygnięcia mogą być bardziej podporządkowane dążeniu do oszczędzania publicznych pieniędzy, niż działaniu w interesie pacjentów. W długofalowej perspektywie działanie AOTM może mieć wpływ pozytywny dla sytuacji ludzi ubogich i wykluczonych. Gdyby udało się forsować szersze stosowanie procedur efektywnych, to powstaje szansa, że zaoszczędzone środki byłyby przeznaczone na ważne potrzeby ludzi znajdujących się w najtrudniejszych sytuacjach. Jednak ziszczenie się takiej nadziei wymaga spełnienia bardzo wielu warunków pośrednich.

Optymistycznym ciągiem zdarzeń było powstawanie i rozwój mobilizacji obywateli i pacjentów. Początkowo odbywało się to wbrew postawom personelu medycznego, ale pozyskanie współpracy części kadr medycznych pozwoliło tworzyć przyczółki poszanowania

praw ludzi, którzy przejściowo stawali się pacjentami. Dobrze stało się, że ruch pacjentów rozpoczął się – symbolicznie – od narodzin. Kiedy wzmacniał się concept praw pacjenta grunt prawny był przygotowany. Warto pamiętać, że wpisanie tych praw do tekstu ustawy nastąpiło w Polsce stosunkowo wcześniej – w 1991 roku – to jest przed podobnymi zmianami, które były wprowadzane w niektórych innych krajach. Kiedy prawa zostały skodyfikowane – to mimo wszelkich słabości związanych z niewystarczającymi procedurami – wielu pracowników medycznych było emocjonalnie przygotowanych, by je zaakceptować. Można zatem z nadzieją spodziewać się, że wspierany przez wielu obywateli i pacjentów polski system zdrowotny będzie ewoluował w dobrym, w każdym razie lepszym, kierunku. Aby jednak ten kierunek pozytywnych zmian był zrealizowany w świadomości ludzi angażujących się w aktywność obywatelską muszą nastąpić ważne zmiany. Popularne w Polsce słowo „solidarność” powinno być traktowane jako niosące ważne treści moralne i wzajemne zobowiązania. Motywacja może być różna, religijna czy humanistyczna, istotne aby prowadziła do gotowości przyjmowania na siebie odpowiedzialności także za ludzi znajdujących się w potrzebie.