



## **CENTRUM BADANIA OPINII SPOŁECZNEJ**

SEKRETARIAT  
ZESPÓŁ REALIZACJI  
BADAŃ

29-35-69, 628-37-04  
21-07-57, 628-90-17

UL. ŻURAWIA 4A, SKR.PT.24  
00-503 W A R S Z A W A  
TELEFAX: 29-40-89

BS/161/131/93

### **UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE W WYOBRAŻENIACH RÓŻNYCH GRUP SPOŁECZNYCH**

Komunikat z badań jakościowych

Warszawa, październik 1993 r.

**UWAGA:** Przedruk materiałów CBOS w całości lub w części oraz wykorzystanie danych empirycznych jest dozwolone wyłącznie z podaniem źródła.

Problematyka zdrowia i stanu świadomości społecznej w dziedzinie jego ochrony była ostatnio kilkakrotnie podejmowana w badaniach CBOS.<sup>1</sup> Sondáže wykazują, że Polacy raczej nie są społeczeństwem skłonny do "zdrówego stylu życia". O zdrowiu myślimy na ogół dopiero wówczas, kiedy zaczynamy mieć z nim kłopoty. Z kolei dbałość o własne zdrowie często kojarzona bywa z luksusem, na który "przeciętny człowiek w trudnych czasach" nie może sobie pozwolić.

W dotychczas prowadzonych badaniach próbowaliśmy kilkakrotnie poruszać kwestię obecnie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia w Polsce i ewentualnych preferencji w tej dziedzinie. Rezultatem tych prób był wniosek, iż problem jest niezwykle złożony. Trudność w interpretowaniu wypowiedzi respondentów na temat obecnie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia polega na tym, iż nie wiemy, jak rozumiane są podstawowe kategorie opisu tego systemu, takie np. jak "ubezpieczenie", "ubezpieczony", "sprawiedliwość" czy "równość".

Postulaty reformy obecnego systemu ochrony zdrowia w Polsce pojawiają się w publicystyce i wypowiedziach mężów stanu dość często, stanowiąc stały element dyskusji na temat zmian ustrojowych w naszym kraju. Propozycje usprawnienia tego systemu idą w różnych kierunkach, na ogół jednak sprowadzają się do uczynienia go w większym stopniu systemem ubezpieczeniowym. Diagnoza obecnej sytuacji jest bowiem taka, iż nie mamy w Polsce do czynienia z tego rodzaju systemem. "Ubezpieczenia", "ubezpieczalnia" to słowa niejako zawłaszczzone przez język PRL-owskiej propagandy na określenie czegoś, co można nazwać systemem zaopatrzeniowym, wywołującym w jego uczestnikach poczucie, iż opieka medyczna należy im się od państwa za darmo. Jak silna jest w świadomości społecznej owa zbitka pojęciowa, łącząca ubezpieczenie z obowiązkami państwa wobec obywateli?

---

<sup>1</sup>Zob. komunikaty CBOS:

"Opinie o stanie zdrowia Polaków i funkcjonowaniu służby zdrowia", marzec '93; "Państwowa i prywatna służba zdrowia", kwiecień '93; "Nasze zdrowie i <<zdrówy styl życia>>", czerwiec '93.

Czy po kilku dziesięcioleciach fikcyjnego systemu jesteśmy w stanie pojąć i zaakceptować zasadę, że nasze zdrowie zależy przede wszystkim od nas samych i - co z pewnością jeszcze trudniejsze - że nie istnieje bezpłatne leczenie?

Są to pytania, na które trudno byłoby odpowiedzieć na podstawie masowych badań ankietowych, których główną zaletą - lecz także istotnym ograniczeniem - jest idea prostoty i jednoznaczności pytań, umożliwiającej interpretowanie odpowiedzi wielu osób tak, jakby każda z nich rozumiała pytanie tak samo. We wrześniu '93 CBOS przeprowadził więc badania jakościowe, których celem było odtworzenie "klimatu" społecznego wokół kwestii ubezpieczeń zdrowotnych<sup>2</sup>.

Badania przeprowadzono metodą dyskusji grupowych (*Focus Group Interview*), która pozwala na głębszą niż w badaniach sondażowych penetrację opinii i emocji, jakie żywią badani wobec określonych problemów. Na podstawie dyskusji grupowych jesteśmy w stanie określić sposoby myślenia o danym zjawisku, mamy szansę odkryć skojarzenia ludzi dotyczące interesujących nas zjawisk, usytuować określony problem w kontekście innych. Wyniki tego rodzaju badań to swoiste "sprawozdanie z potocznego myślenia". Stosując tę metodę nie można jednak wyciągać ogólnych wniosków, jak dalece takie myślenie jest typowe, rozpowszechnione w całej populacji.

---

<sup>2</sup>Badanie zlecone i finansowane przez Urząd Rady Ministrów.

W dyskusji były reprezentowane trzy kategorie osób (mieszkańców Warszawy), których opinie uznano za ważne dla omawianego problemu. Były to:

- ✓ **osoby aktywne zawodowo**, w średnim wieku - jako najszersza grupa, w większości ponosząca koszty utrzymania systemu ubezpieczeń;
- ✓ **emeryci** - osoby, które często korzystają ze świadczeń zdrowotnych, lecz mają mniejsze możliwości finansowe od innych i w związku z tym mogą się obawiać zmian w systemie opieki medycznej;
- ✓ **lekarze i personel medyczny** - grupa, dla której zmiany w systemie finansowania ochrony zdrowia mogą mieć znaczenie w codziennej pracy.

Dyskusje przeprowadzono w sześciu grupach, po dwie w każdej z trzech wyróżnionych kategorii. Łącznie uczestniczyły w nich 52 osoby. Spotkania odbywały się w Warszawie, w siedzibie CBOS.

Dyskusja została tak zaprojektowana, aby skupiała się wokół dwóch głównych wątków: diagnozy, definicji obecnego systemu ochrony zdrowia oraz postulowanych kierunków, w jakich powinna zmierzać jego reforma. Jako centralną kategorię, służącą zarówno analizie obecnego systemu, jak i formułowaniu postulatów zmian, dyskutantom zaproponowano **ubezpieczenia zdrowotne**.

## DIAGNOZA OBECNEJ SYTUACJI

### **Bezpłatność leczenia**

Bezpłatność ochrony zdrowia była przez uczestników dyskusji pojmowana niejednoznacznie. Pierwszą reakcją na pytanie dotyczące bezpłatności było w większości przypadków gwałtowne zaprzeczenie: coś takiego nie istnieje. Argumentacja zmierzała przy tym w trzech kierunkach:

1. Leczenie nie jest bezpłatne, ponieważ trzeba płacić za rozmaite usługi medyczne, ceny leków są wysokie etc.;
2. Leczenie nie jest bezpłatne, ponieważ każdy z nas płaci składki, z których jest (powinna być) utrzymywana służba zdrowia;
3. Bezpłatność jest fikcją, ponieważ bezpłatne usługi są niedostępne lub trudno dostępne. Służba zdrowia jest źle zorganizowana lub oferuje usługi niskiej jakości. Ten punkt widzenia nie wyklucza **istnienia** bezpłatnych usług, akcentuje jedynie ich niedostępność, spowodowaną albo tym, że korzystanie z bezpłatnej pomocy jest zbyt czasochłonne i energochłonne, albo tym, że usługi te są niskiej jakości. W obydwu przypadkach decydujemy się na korzystanie z płatnych usług medycznych.

Za "naprawdę" bezpłatne i jednocześnie zapewniające właściwe traktowanie uważane są jedynie wysoko wyspecjalizowane usługi medyczne w szpitalach klinicznych, a także pomoc w nagłych, zagrażających życiu wypadkach.

Codzienny, zwykły kontakt ze służbą zdrowia przekonuje, że obecnie nie ma bezpłatnej służby zdrowia, choć w razie wypadku ma się zapewnioną w miarę dobrą

opiekę za darmo. Stereotyp bezpłatnej opieki zdrowotnej jest jednak bliski wielu dyskutantom, choć często sami sobie tego nie uświadamiają. Wyrażało się to np. w spontanicznie przywoływanym przeciwstawieniu "państwowe - prywatne": w prywatnych gabinetach pacjent płaci i w zamian oczekuje wysokiego standardu usług, w państwowych - nie płaci.

**Kto utrzymuje służbę zdrowia:  
państwo czy społeczeństwo?**

W pierwszej fazie dyskusji, służącej zdefiniowaniu obecnego systemu i odtworzeniu jego podstawowych elementów, większość uczestników sprawiała wrażenie ludzi, którzy czują się ubezpieczeni. Zwróćmy przy tym uwagę, że - logicznie rzecz biorąc - jedynie pierwsza z wymienionych powyżej interpretacji (wskazująca na konieczność płacenia za usługi medyczne) wyklucza takie pojmowanie własnej sytuacji. To - nie zawsze uświadomione i przemyślane - poczucie, że jesteśmy ubezpieczeni, przejawia się w często formułowanym roszczeniu dotyczącym opieki medycznej. Podstawą wysuwania roszczeń są "składki, które wszyscy płacimy". Nie ma w tej kwestii jednomyślności, ale na ogół dyskutanci mieli na myśli obowiązkowe składki na ZUS.

Przekonanie, że służba zdrowia utrzymywana jest z pieniędzy ZUS, można uznać za powszechne. Nie wyklucza ono oczywiście równie powszechnej opinii, że źródłem finansowania jest budżet państwa. Dla większości dyskutantów nie ma bowiem istotnej różnicy między składkami i podatkami. Składki na ZUS postrzegane są po prostu jako forma podatku trafiającego do budżetu państwa. Ta konstatacja prowadziła na ogół do kolejnego, bardzo istotnego wątku dyskusji: pieniądze ZUS *powinny* być przeznaczane na emerytury oraz ochronę zdrowia, a tymczasem są one przejmowane przez budżet państwa i dopiero wówczas wtórnie

rozdzielane. Na tym poziomie dyskusji oddzielenie "ubezpieczeń społecznych" od finansowania ochrony zdrowia było bardzo trudne, jeśli nie wręcz niemożliwe.

Emeryci wyraźnie częściej niż pracujący podejmowali temat rozliczenia się państwa z zobowiązań wobec obywateli. Mają oni silne poczucie, że zostali oszukani: państwo bezprawnie zagarnęło pieniądze, które "przez lata gromadzili, aby zapewnić sobie bezpieczeństwo".

Finansowanie służby zdrowia jest więc *społeczne* w tym sensie, że pieniądze pochodzą od obywateli, są potrącanie z ich pensji. Właśnie to przekonanie stanowi podstawę do przyjmowania roli specyficznie rozumianego *ubezpieczonego*, to znaczy osoby mającej prawo do nieodpłatnego korzystania z usług medycznych. Równie silne - jeśli nie silniejsze - jest jednak przeświadczenie, że służba zdrowia utrzymywana jest przez *państwo* - ostatecznego dystrybutora wszelkich środków finansowych. Mechanizm jest więc w opinii dyskutantów następujący: my płacimy składki na ubezpieczenie lub utrzymywanie służby zdrowia, pieniądze te trafiają następnie do "wspólnego worka", a więc stają się rodzajem podatków. W tym miejscu system ubezpieczeniowy zmienia się więc w system quasi-ubezpieczeniowy, pełen niejasności, pozbawiony reguł, trudny do zdefiniowania. Nie ulega wątpliwości, że pożądanym modelem byłoby oddzielenie pieniędzy przeznaczonych na zdrowie od budżetu państwa.

### **System quasi-ubezpieczeniowy**

Na pytanie, czy system finansowania służby zdrowia w Polsce ma charakter ubezpieczeniowy, uczestnicy dyskusji niemal jednomyślnie odpowiadali przecząco.

O takim postrzeganiu decyduje przekonanie, że nie ma dostatecznie silnego związku między jakąkolwiek składką, którą płacimy, a otrzymywaną usługą. Bezpłatność usług medycznych definiowana jest tak samo jak bezpłatność nauki w szkole lub wszelkie inne rodzaje bezpłatności, składające się na PRL-owski system



"państwa nadopiekuńczego". W tym sensie płaci za to państwo, obywatele lub - nie płaci nikt.

System ubezpieczeniowy w Polsce, jak to określiła jedna z dyskusantek, *jest, ale go nie ma*. Jest, bo mamy prawnie zagwarantowany bezpłatny dostęp do usług medycznych, ale jest to system zdegenerowany, "oszukańczy", zupełnie niedostosowany do współczesności. Niektórzy dyskutanci *explicite* formułowali opinię, że nie czują się ubezpieczeni, ponieważ nie mają swego "ubezpieczyciela". Brak im poczucia bezpieczeństwa, nie potrafią zdefiniować swojej sytuacji jako pacjenci państwowej służby zdrowia.

Niemal wszyscy uczestnicy dyskusji mieli świadomość, iż ten system "nieubezpieczeniowy" (określany jako nierealny, oszukańczy, złodziejski) jest reliktem i przejawem realnego socjalizmu, anachronizmem na tle zmian, które dokonały się w Polsce w ciągu ostatnich lat. Wskazywali przy tym głównie na niejasność reguł podziału pieniędzy ze "wspólnego worka" oraz zupełny brak społecznej kontroli i wpływu na tę procedurę. Wszyscy, zwłaszcza zaś emeryci, postulują stworzenie odrębnego funduszu ubezpieczeniowego, przy czym przeważa opinia, iż powinien on powstać na bazie ZUS i polegać na wydzieleniu z tej puli środków, które będą przeznaczone na finansowanie służby zdrowia. Silnie przy tym akcentowano całkowite oddzielenie tych pieniędzy od budżetu państwa i kompetencji administracji państwowej.

## PROPOZYCJE ZMIAN

### **Wyobrażenia o "prawdziwym" systemie ubezpieczeniowym**

Zarówno emerytom, jak i osobom pracującym stosunkowo łatwo przychodziło wyobrażenie sobie dobrego systemu ubezpieczeniowego. Istnieje jednak zasadnicza różnica w sposobie, w jaki to czynili. W obydwu przypadkach punktem wyjścia była krytyka obecnego systemu. **Starsi dyskutanci** chętnie włączali do tych rozważań wątek historyczny, dzieląc ostatni okres w historii Polski na czasy przedwojenne, PRL i okres rządów "solidarnościowych". Układ odniesienia, **prawdziwy** system ubezpieczeniowy - to w ich opinii ten, który funkcjonował w Polsce przed wojną. Okres PRL był w tym kontekście dość niejednoznacznie określany. Często i chętnie formułowanej krytyce rządów komunistycznych zdaje się jednak towarzyszyć pogląd, iż przy całej fikcyjności ich propozycji socjalnych oferowały ludziom swoiste poczucie bezpieczeństwa, pewne gwarancje socjalne. Na tym tle szczególnie wyrazista staje się niechęć do obecnych władz. Przejawszy po komunistach zdegenerowany system, doprowadziły one - w opinii wielu starszych dyskutantów - do jego dalszej degeneracji, odbierając ludziom jedyną "korzyść" - poczucie bezpieczeństwa. Te negatywne opinie są bez wątpienia uwarunkowane wrażeniem chaosu, anarchii i bezkarności "złodziei i aferzystów", postrzeganych w tej grupie jako zjawiska towarzyszące zmianom w Polsce.

Z kolei osoby **pracujące** w swych propozycjach dotyczących systemu ubezpieczeniowego niemal zupełnie nie podejmowały wątku historycznego, zdecydowanie preferując porównania odnoszące się do innych, współcześnie funkcjonujących systemów. O ile w **emerytach** jednoznacznie pozytywne skojarzenia budzi przedwojenna Kasa Chorych czy też w ogóle porównania z

II Rzeczpospolitą, o tyle **pracującym** istotna wydaje się perspektywa "cywilizacyjna": odejście od anachronizmu i niefunkcjonalności w stronę rozwiązań przyjętych i sprawdzonych w krajach o wyższym poziomie cywilizacyjnego rozwoju.

### **Zakres ingerencji państwa**

Na szczególną uwagę zasługuje postulowany przez dyskutantów zasięg ingerencji państwowej w mechanizm ubezpieczeń zdrowotnych. Z jednej strony bowiem akcentowano potrzebę odłączenia funduszu ubezpieczeniowego od kompetencji państwowych urzędników, z drugiej jednak równie wyraziście i mocno postulowano *państwową kontrolę* i gwarancje dla osób korzystających z ubezpieczeń. Dyskutanci zdają się tu wyznawać swoistą zasadę: "jak najwięcej państwa, jak najmniej państwa". Państwo powinno gwarantować, zabezpieczać, przyjmować odpowiedzialność, lecz nie - *władać*. Różnica między emerytami i pracującymi polega na tym, że pierwsi aprobują raczej państwowy monopol ubezpieczeniowy (przy zachowaniu ścisłego rozdziału między funduszem ubezpieczeniowym i budżetem), drudzy zaś są zwolennikami pluralizmu i konkurencji na rynku ubezpieczeń, przy czym państwo winno w ich przekonaniu gwarantować pokrycie strat w przypadku oszustwa lub bankructwa prywatnego "ubezpieczyciela". W przypadku emerytów to zaufanie do państwa-gwaranta jest zapewne reminiscencją (być może nieco wyidealizowanego) wizerunku silnego państwa przedwojennego, nabierającego szczególnej sugestywności w zestawieniu z opiniami o stanie obecnym.

Państwo powinno także wziąć na siebie obowiązek chronienia pewnych grup społecznych i gwarantować im bezpłatne leczenie. W tym kontekście najczęściej wymieniani byli najubożsi, kalecy, ludzie upośledzeni przez los, a także dzieci.

Na ogół nie chciano, aby wydatki na tego rodzaju świadczenia obciążały "nasz" fundusz ubezpieczeniowy, pojawiły się jednak także opinie, że właśnie z tych sum powinno się wydzielić część na ochronę ubogich i niepełnosprawnych.

### **Podobieństwo ubezpieczeń zdrowotnych do ubezpieczeń emerytalnych**

Istnieje przekonanie (bardziej lub mniej świadome), że ważną cechą ubezpieczeń zdrowotnych jest to, że powinny być gwarancją na przyszłość. Są więc pojmowane jako forma gromadzenia oszczędności. Ubezpieczenie zdrowotne funkcjonuje więc na innych zasadach niż zwykłe ubezpieczenia, które obowiązują terminowo, w danym, opłaconym okresie. W takim rozumieniu składkę mogą płacić jedynie te osoby, które mają stałe dochody i mogą część odkładać. Opinie takie wyrażali przede wszystkim emeryci (co jest podstawą odrzucania propozycji płacenia składki). Również osoby pracujące mówiły o ubezpieczeniach zdrowotnych w sensie zabezpieczenia na przyszłość, na starość.

Emeryci mają silne przekonanie, że pieniądze w systemie ubezpieczeniowym powinny pochodzić jedynie od osób mających stałe dochody i pracujących. Ludziom z tej grupy szczególnie bliskie wydaje się przekonanie, że należy im się opieka, ponieważ przez wiele lat uczestniczyli w jakimś systemie ubezpieczeniowym, odkładali pieniądze, które gdzieś są lub powinny być. To, że obecnie nie ma ich w budżecie państwa, jest oczywiste dla większości dyskutantów. Nie zostały one jednak **zupełnie** zmarnowane lub rozkradzione przez dawnych dysponentów (takie ostre stawianie sprawy wzbudzało sprzeciw wielu dyskutantów). Istnieje przekonanie, że te pieniądze są w postaci majątku narodowego i mogłyby być nawet częściowo odzyskane dla ubezpieczeń, na przykład przez udziały w prywatyzacji, przekazanie części akcji powstającym firmom ubezpieczeniowym itp.

Przeświadczenie, że te pieniądze gdzieś są, daje emerytom prawo domagania się świadczeń, tak jakby były przez nich opłacone z kapitału zgromadzonego w ciągu życia.

### **Centralne znaczenie pieniędzy w relacji pacjent - lekarz w świadomości użytkowników systemu**

Powszechne jest przeświadczenie, że leczyć się dobrze można jedynie za pieniądze, a ściślej - płacąc lekarzowi za wykonane usługi. Zapewnia to wiele korzyści samym pacjentom, zaspokaja ich różne, głównie psychologiczne potrzeby, jest również korzystne dla udzielających im pomocy lekarzy i personelu medycznego (*mają coś z tego*).

Jak wynika z wypowiedzi dyskutantów, główne korzyści z możliwości opłacenia przez siebie usług medycznych to:

- ◆ poczucie bezpieczeństwa, że w razie potrzeby otrzyma się pomoc medyczną;
- ◆ możliwość wyboru lekarza, szpitala gwarantującego właściwe leczenie;
- ◆ dobre, *ludzkie* traktowanie przez lekarza, ponieważ jest on zainteresowany utrzymaniem kontaktu z pacjentem, ma z tego korzyści, pacjent staje się kimś ważnym dla lekarza;
- ◆ możliwość egzekwowania własnych praw, jakości usług itp. - bo za nie się płaci i wymaga;
- ◆ poczucie, że zależy się od siebie, nie jest się *na łasce kogoś* (zwłaszcza państwa), usługi nie są *jałmużną*, upokorzeniem.

Najprostszy model, prezentowany przez niektóre osoby, wyglądał następująco: najlepiej, żeby nie trzeba było płacić żadnych składek, podatków na zdrowie, lecz mieć te pieniądze w kieszeni, płacić bezpośrednio lekarzowi i mieć dobrą opiekę. Ten punkt widzenia spotykał się z protestami wielu dyskutantów, którzy uważali za mało prawdopodobne dysponowanie w każdej chwili odpowiednimi pieniędzmi. Sądziłi także, że byłoby to niesprawiedliwe, *tylko dla bogatych*. W tym miejscu dyskusji pojawiał się temat systemu ubezpieczeń, rozumianego jako system **oszczędnościowy**. Osoby biorące udział w dyskusji wyobrażały sobie dwa jego warianty:

- ✓ system oszczędzania na **indywidualnych kontach** (odkładam pieniądze na wypadek choroby, one procentują, wiem, na ile mogę sobie pozwolić itd.);
- ✓ **wspólna kasa**, dysponująca oszczędnościami swoich klientów.

Oba rozwiązania - z natury **bezgotówkowe** - są do zaakceptowania jako sposoby płacenia **własnymi** pieniędzmi za wykonywane usługi medyczne. W obu rozwiązaniach powinno być, zdaniem dyskutantów, coś w rodzaju dokumentu, najlepiej karty bankowej, której okazanie lekarzowi byłoby dowodem, że jest się ubezpieczonym i **płaci** za wykonane usługi. Tak więc system ubezpieczeniowy, w którym istniałoby przekonanie ludzi, że "płacą" własnymi pieniędzmi (których nie muszą mieć "fizycznie"), i lekarz **wie**, że to są ich pieniądze, odpowiadałby powszechnemu przekonaniu, że właściwe leczenie można osiągnąć tylko wówczas, gdy się płaci.

## OPINIE PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Przebieg dyskusji w grupach lekarzy i pielęgniarek był na tyle odmienny od dyskusji w grupach pracowniczych i emeryckich, że należy omówić go oddzielnie. Ogólnie można określić tę różnicę jako przyjmowanie odmiennej perspektywy patrzenia na problemy pojawiające się w dyskusji. Pracownicy i emeryci prezentowali punkt widzenia **użytkownika (klienta)** systemu, natomiast osoby związane ze służbą zdrowia - perspektywę **osób postrzegających system od wewnątrz**. Powodowało to odmienne skojarzenia i reakcje na te same problemy. Na przykład dla "użytkowników" sprawa kosztów leczenia to przede wszystkim wydatki z ich kieszeni, dla lekarzy - sprawa pokrycia (wysokich) kosztów leczenia.

Lekarze prezentowali się przede wszystkim jako profesjonalści. Mówili o tym, co im jest potrzebne do dobrej pracy, jakie konsekwencje będą miały dla ich sprawnego działania oraz dla dobra pacjentów zmiany finansowania ochrony zdrowia, mało wyraziście wskazywali na to, co oni będą z tego mieli. Odnosiło się wrażenie, że kwestia osobistych zysków, poprawa własnego położenia materialnego jest dla dyskutantów niewygodna, jakby nie na temat. Po wprowadzeniu nowego systemu finansowania raczej nie spodziewają się istotnych zmian na lepsze, poprawy własnej sytuacji finansowej, wyższych zarobków (szczególnie pielęgniarki - *ja całe życie pracowałam za darmo i to się już chyba nigdy nie zmieni*). Dyskutanci prezentowali stereotypowy wizerunek lekarza pracującego w ciężkich warunkach dla idei, w oderwaniu od korzyści materialnych.

Dla lekarzy, zwłaszcza młodszych, jasne jest, że obecnie finansowanie wydatków służby zdrowia odbywa się głównie z budżetu państwa. Rzadko wskazywano na ZUS jako bezpośrednie źródło pieniędzy na leczenie. O środkach finansowych

pochodzących z darowizn pacjentów, zbiórek i akcji charytatywnych, a także z różnych fundacji mówiono, że mają one małe znaczenie w stosunku do potrzeb całości systemu ochrony zdrowia, ale za to są bardzo przydatne w jednostkowych przypadkach.

Uzależnienie służby zdrowia od budżetu państwa w sytuacji, gdy jest on tak ubogi jak obecnie, powoduje stały brak pieniędzy na leczenie i w związku z tym uniemożliwia właściwe wykonywanie pracy (m.in. brak stabilności) oraz naraża lekarzy na konieczność wyboru: kogo leczyć - czy *mam leczyć tylko tego, kto ma pieniądze?* Wprowadzenie systemu ubezpieczeniowego jest więc postrzegane jako szansa rozwiązania problemu.

Obecny system finansowania służby zdrowia był określany również jako "nieekonomiczny", oparty na niejasnych, niejawnych i błędnych założeniach, powodujący w konsekwencji marnotrawstwo pieniędzy. Nowy system powinien być tańszy, minimalizować rozrzutność i dawać większe możliwości gospodarowania posiadanymi pieniędzmi. Pracownicy służby zdrowia, tak jak inni, obawiają się jednak podwyższenia podatku, wprowadzenia jakiejś dodatkowej składki.

Ubezpieczenie zdrowotne powinno gwarantować dostęp zarówno do państwowej, jak i prywatnej służby zdrowia. Lekarze częściej niż dyskutanci z innych grup byli przychylni zróżnicowaniu poziomu świadczeń medycznych w zależności od wysokości płaconej składki. Najlepszym rozwiązaniem byłaby podstawowa, określona kwota składki (nie procent od zarobków) dla wszystkich, plus - dodatkowe ubezpieczenie.

W bardzo dużym uproszczeniu o grupach lekarzy można powiedzieć, że w kwestii ubezpieczeń interesuje ich bardziej to, czy mają pieniądze na swoją działalność profesjonalną, niż skąd one pochodzą. Szczególnie starsi lekarze widzą konieczność dofinansowywania służby zdrowia z budżetu.



## PODSUMOWANIE: NAJWAŻNIEJSZE POSTULATY WOBEC SYSTEMU UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH

Z dyskusji wyłania się obraz "idealnego" systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Ogólnie osoby uczestniczące w dyskusji uznały za ważne powstanie systemu ubezpieczeń, który gwarantowałby dostęp zarówno do państwowych, jak i prywatnych usług medycznych; pokrywał wszystkie, a nie tylko podstawowe świadczenia; zmieniał radykalnie finansowanie służby zdrowia. Osoby o niskich dochodach powinny mieć prawo do usług medycznych bez konieczności płacenia składki, a dla pozostałych składka powinna być tym wyższa, im wyższe zarobki. Popularność konkretnych propozycji jest bardzo podobna we wszystkich typach badanych grup, istnieją jednak pewne różnice.

Dla **pracowników** sprawą zdecydowanie ważniejszą niż dla pozostałych grup jest to, by pieniędzmi na ochronę zdrowia dysponowały instytucje lokalne, a nie centralne. Nie powinno też być monopolu jednej organizacji ubezpieczeniowej. Zdania są natomiast podzielone, jeśli chodzi o zakres otrzymywanych świadczeń: czy ma być uzależniony czy niezależny od wysokości składki. Według **emerytów** z kolei najważniejsza jest dostępność pełnego zakresu usług medycznych w zamian za składkę ubezpieczeniową i niewiązanie z tym wysokości składki. **Lekarze** rzadziej od pozostałych grup postulowali, aby w ramach składki możliwe było otrzymywanie wszystkich usług medycznych. Żadna z propozycji zasad wynagradzania ich pracy - od liczby pacjentów vs zasad pracy na etacie - nie zyskała wśród lekarzy znaczącej przewagi.

Postulat, że składka powinna być jednakowa dla wszystkich, uzasadniano tym, iż ludzie są równi i mają jednakową szansę zachorowania.

Uczestnicy dyskusji opowiedzieli się za finansowaniem ochrony zdrowia opartym na ubezpieczeniach jako bardziej zrozumiałym i uczciwszym niż obecne - z budżetu państwa, gdy wciąż brakuje pieniędzy, a zasady ich obiegu są niejasne. Wśród pracowników i emerytów przeważało przekonanie, że pieniędzy ze składek powinno wystarczyć na potrzeby służby zdrowia. Lekarze demonstrowali w tej kwestii większą niepewność.

W lekarzach, a jeszcze częściej w pracownikach spoza służby zdrowia, użycie sformułowania "centralne zarządzanie" budzi złe skojarzenia - to kolejny pośrednik powodujący, że system staje się bardziej "anonimowy". W tym sensie lokalna dystrybucja pieniędzy pozwala na lepsze ich wykorzystanie z uwzględnieniem specyfiki i potrzeb danego terenu.

Z kolei lokalne instytucje ubezpieczeniowe kojarzone są z małymi firmami, co powoduje niepewność, czy będą one wiarygodne, czy będą dysponować wystarczającymi środkami i czy umożliwią leczenie na terenie całego kraju.

Lekarzom i części pozostałych dyskutantów prywatne szpitale i indywidualna praktyka kojarzą się z działaniami dla zysku, w pewnej opozycji do państwowej służby zdrowia nie nastawionej na zysk. Ponadto prywatny szpital jest zawsze postrzegany jako bardziej *komfortowy*, w odróżnieniu od państwowego - *nędznego, zaniedbanego*. Dlatego wiele osób nie może sobie wyobrazić sytuacji, w której takie dobre warunki mogłyby być dostępne dla "zwykłych pacjentów z ubezpieczenia". Niemniej z całą pewnością silne jest pragnienie, by ubezpieczenie gwarantowało dostęp do wielu, może nie tak ekskluzywnych, ale jednak prywatnych usług medycznych. Zrównanie dostępu do państwowej i prywatnej opieki medycznej dla wielu dyskutantów jest wręcz podstawowym sensem wprowadzenia ubezpieczeń, najsilniejszym argumentem za koniecznością zmian.

Sformułowanie "podstawowe leczenie" silnie kojarzy się z obecnym, niskim poziomem usług medycznych. Na ogół dyskutanci mają tu na myśli katar, proste złamanie ręki itp. Ubezpieczenie się na tak niskim poziomie dla znacznej części z nich nie ma większego sensu. Bardziej odpowiednie byłoby prawdopodobnie sformułowanie "określony standard", "średni poziom usług". Dyskutanci oczekują raczej wyższego standardu usług w zamian za płaconą składkę. Z tego względu ubezpieczenie powinno pokrywać koszty leczenia także w prywatnej służbie zdrowia.

Uczestnicy dyskusji próbowali czasami określić minimum usług za daną składkę. To "minimum" okazywało się jednak bardzo szerokie: z zakresu ubezpieczeń wyłączano jedynie operacje plastyczne, niektóre usługi stomatologiczne i inne "na życzenie". Oczekiwania wobec nowego systemu są więc bardzo duże.

Z omawianym powyżej zagadnieniem zakresu usług wiązana jest kolejna sprawa - wysokość składki. Jedynie emeryci ostrzej przeciwstawiali się uzależnieniu zakresu dostępnych usług od wysokości płaconej składki.

Przeważa pogląd, że składka powinna stanowić określony procent od zarobków. Jest to rozwiązanie bardziej oczywiste, naturalne dla dyskutantów, określane jako bardziej sprawiedliwe (społecznie). Lekarze częściej opowiadali się za zróżnicowaniem usług w zależności od wysokości składki oraz za tym, by podstawowa składka miała charakter kwotowy i była dla wszystkich jednakowa. Bardziej oczywiste jest dla lekarzy także to, że aby system ubezpieczeń funkcjonował prawidłowo, składka musi być **obowiązkowa**.

Oprócz grupy emerytów, odrzucających propozycję płacenia składki ubezpieczeń na zdrowie, pozostali są gotowi ją płacić. Biorąc pod uwagę ponoszone obecnie wydatki na leczenie, często stwierdzali, że takie rozwiązanie może być korzystne.

Wokół propozycji wprowadzenia w Polsce systemu ubezpieczeń zdrowotnych istnieje bardzo sprzyjający "klimat". Przeważa pogląd, że - pomimo ryzyka - zmiany powinny być szybkie i radykalne w swych efektach, natomiast muszą być dobrze, a więc i długo przygotowywane i wyjaśniane. Silne jest także poczucie niezadowolenia, że przez ostatnie cztery lata nie wprowadzono zmian usprawniających ochronę zdrowia w Polsce. Ta sprawa była zaniedbywana przez wszystkie rządy, deklarujące wolę zmiany porządku odziedziczonego po komunizmie. Doprowadzono do rozpadu systemu ochrony zdrowia w Polsce, a nie stworzono w zamian nic, co by spowodowało poprawę w sprawie tak ważnej jak poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego. Niektórzy dyskutanci negowali w całości ostatni okres, inni przeciwnie - dostrzegali duży dystans między tym, co - pomimo trudności - osiągnięto w różnych dziedzinach, a brakiem postępu w zakresie ochrony zdrowia. To, że w Polsce nie ma jeszcze systemu ubezpieczeń zdrowotnych, jest dla wielu osób poważnym zaniedbaniem rządów solidarnościowych i anachronizmem na tle innych nowoczesnych krajów.

System powinien zmienić się jak najszybciej. Według opinii dyskutantów skorzystają na tym przede wszystkim ludzie młodzi (mają więcej czasu na zaadaptowanie się do wymagań systemu), ale także emerytom stworzy on szansę *doczekania* lepszej opieki medycznej.