

Why aye man?

Implikacje zmian w systemie ochrony zdrowia dla rynku pracy

(tekst będący rozszerzonym ujęciem referatu wygłoszonego podczas Konferencji Naukowo – Szkoleniowej „I Forum dla Ubezpieczeń Zdrowotnych w Polsce” w Wyższej Szkole Przedsiębiorczości i Zarządzania im. L. Koźmińskiego w dniu 20.06.2003 r.)

Wprowadzenie

Poważną częścią procesu transformacji ustrojowej, jaka zachodzi w krajach Europy Środkowowschodniej od końca lat 80. ubiegłego wieku, jest reforma systemu zabezpieczenia społecznego, który także – jak inne elementy gospodarki kraju – wymaga dostosowania do nowych warunków ustrojowych, gospodarczych i społecznych, innymi słowy – do aktualnych potrzeb społeczeństwa. Co więcej, głęboka i zakrojona na szeroką skalę transformacja gospodarki wiąże się z dużymi kosztami społecznymi. Nowe warunki gospodarowania stawiają przed ludźmi nowe wyzwania, którym nie każdy jest w stanie sprostać. Dlatego też szczególnie w tym okresie system zabezpieczenia społecznego odgrywa bardzo istotną rolę i problem jego efektywności, dostosowania do potrzeb i rosnących oczekiwań społecznych jest problemem, którego wagi nie sposób przecenić.

Szczególną pozycję w ramach systemu zabezpieczenia społecznego zajmuje system ochrony zdrowia, rozumiany jako ogół instytucji i zasobów, które służą zaspokajaniu potrzeb społecznych w dziedzinie zdrowia. Potrzeby te to przede wszystkim potrzeba opieki medycznej, profilaktyki medycznej, ratownictwa medycznego i promocji zdrowia. W szerszym znaczeniu można dodać tu także ochronę środowiska, kontrolę sanitarną, bezpieczne dla konsumenta produkty itd. W dyskusjach na temat systemu ochrony zdrowia skupiamy się jednak nad kwestiami związanymi z medycyną, czyli na węższym rozumieniu systemu potrzeb, jako że opieka medyczna to zagadnienie wymagające dużych zasobów i kreujące znaczne koszty.

System ochrony zdrowia może zapewnić określony zakres zaspokojenia potrzeb zdrowotnych, wyznaczając w ten sposób pewien standard bezpieczeństwa zdrowotnego.

Systemy opieki medycznej różnych krajów mają wiele wspólnych cech. W każdym systemie ochrony zdrowia jest kilka głównych ról, które muszą zostać odegrane i kilka podstawowych zadań, które należy wykonywać.

Spółeczeństwo dostarcza środków na funkcjonowanie systemu, wydzielając je z własnego dochodu. Ponieważ jednak choroba, a co za tym idzie, potrzeba skorzystania ze świadczenia medycznego jest zjawiskiem losowym, potrzebna jest też instytucja zwana płatnikiem lub ubezpieczycielem (w zależności od konstrukcji całego systemu), zajmująca się regularnym zbieraniem stosunkowo niewielkich kwot od wszystkich uczestników systemu, po to by wykupić za nie odpowiednie świadczenia dla tych, którzy akurat zachorowali.

Choć cały mechanizm wydaje się prosty, to jednak pewne okoliczności znacznie go komplikują. Rozwój nauki w ostatnich latach spowodował, że medycyna ma obecnie dużo więcej do zaoferowania, niż przed kilkoma dziesięcioleciami. Starzenie się społeczeństwa sprawiło, że coraz więcej osób musi korzystać z opieki medycznej. Te dwa czynniki nakładają się obecnie na siebie i powodują, że potrzeby medyczne są bardzo duże i wciąż rosną. Konsekwencją tego jest deficyt w organizowanym przez państwo systemie ochrony zdrowia, to znaczy niedobór środków w stosunku do potrzeb zdrowotnych.

Polski system ochrony zdrowia

Sytuacja obecna polskiego systemu ochrony zdrowia jest wypadkową trzech czynników: po pierwsze dziedzictwa systemu, jaki obowiązywał w PRL, po drugie niezbyt udanej reformy z 1999 roku, a po trzecie zmian wprowadzonych w 2002 roku w ramach programu Narodowa Ochrona Zdrowia.

Pierwszy z nich to system zdrowotny oparty na tradycyjnym modelu Siemaszki, bazującym na koncepcji socjalistycznej, scentralizowanej służby zdrowia, który przewiduje finansowanie systemu z podatków za pośrednictwem budżetu państwa oraz powszechny dostęp dla całej populacji do pełnego zakresu całkowicie bezpłatnych świadczeń. System ten charakteryzowała jednak niemożność dostosowania go do zjawiska stale rosnących możliwości medycyny i wynikających z tego rosnących oczekiwań społecznych. Brak było też mechanizmów premiujących efektywność działania, co prowadziło do niegospodarności. Dlatego też reforma tego systemu przewidująca wprowadzenie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego była przedsięwzięciem bardzo oczekiwanym.

Drugi czynnik z kolei to zmiany wprowadzone reformą z 1999 roku. Były one negatywnie oceniane przez pacjentów, przez lekarzy, a także przez przedstawicieli rządu odpowiedzialnych za politykę zdrowotną. Taka ocena systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (PUZ) wynikała z jego poważnych wad konstrukcyjnych, które należało jak najszybciej usunąć. Trzeba jednak stwierdzić, że część spośród założeń i celów reformy z 1999 r. została w pewnym stopniu zrealizowana. Pacjenci otrzymali prawo wolnego wyboru lekarza i przychodni, wprowadzono zasadę podpisywania kontraktów na wykonywanie świadczeń medycznych, reforma stanowiła też pewien impuls do usamodzielniania i prywatyzacji zakładów opieki zdrowotnej. Nie udało się jednak osiągnąć znaczącej poprawy jakości świadczeń medycznych, zlikwidować (lub chociaż zmniejszyć) szarej strefy, osiągnąć ekwiwalentności wynagrodzeń pracowników służby zdrowia w stosunku do wykonywanej pracy ani też uzyskać zobiektywizowanych narzędzi umożliwiających racjonalizację zatrudnienia oraz racjonalne korzystanie z zasobów materialnych i finansowych. Płatnicy systemu – kasy chorych – mimo iż było ich aż 17, nie stanowili dla siebie konkurencji.

Z kolei program Narodowa Ochrona Zdrowia wprowadzony przez ministra Mariusza Łapińskiego polega na powrocie do rozwiązań systemowych sprzed 1999 roku poprzez ponowną centralizację systemu ochrony zdrowia i skupienie wielu kompetencji w ręku ministra. Wszystko w celu „przywrócenia zasady konstytucyjnej odpowiedzialności władz publicznych za opiekę zdrowotną nad obywatelami”. Proponuje się w nim między innymi wprowadzenie ujednoliconych warunków kontraktacji i cen świadczeń medycznych, co ma wyrównać szanse ekonomiczne po stronie świadczeniodawców. Kontraktowanie takie jest szkodliwe, gdyż np. klinika specjalistyczna w Warszawie i szpital powiatowy w Suwałkach mogą mieć różne koszty i różną jakość udzielanych świadczeń. Następnie mamy pomysł powołania krajowej sieci szpitali publicznych. Nie uzasadniono jednak, dlaczego prywatny

szpital oferujący usługi na wyższym poziomie za niższą cenę nie mógłby zostać członkiem sieci. Ogólnie rzecz biorąc program Mariusza Łapińskiego sprawia wrażenie zbudowanego na następującej zasadzie: skoro reforma z 1999 roku nie była udana, to należy wrócić do systemu sprzed reformy. Tymczasem takie rozumowanie jest błędne z dwóch powodów. Po pierwsze brak sukcesu reformy z 1999 roku wynika przede wszystkim z wielu błędów wykonawczych, błędów w konstrukcji przepisów oraz z wprowadzania zmian częściowych, niecałkowicie reformujących system, nie oznacza jednak, że wprowadzone wówczas zmiany były całkiem złe. Większa ich część prowadziła bowiem we właściwym kierunku. Po drugie należy podkreślić, że o ile system ochrony zdrowia bazujący na modelu Siemaszki (a taki funkcjonował w Polsce do 1998 roku) może z względnym powodzeniem działać w warunkach gospodarki centralnie planowanej, o tyle w warunkach gospodarki rynkowej (którą teoretycznie mamy ambicję w Polsce wprowadzać) taki system jest nie do utrzymania. Opieranie działania systemu na odgórnie opracowywanych, szczegółowych planach musi bowiem spowodować daleko idące niedopasowanie podaży do popytu na określone świadczenia.

Tymczasem dobry system ochrony zdrowia powinien być zorganizowany w taki sposób, aby samoistnie dostosowywał się do potrzeb obywateli wyrażonych popytem na określone świadczenia. Najszybsze i najdokładniejsze zaś dostosowanie podaży do popytu zapewniają reguły gospodarki wolnorynkowej. Toteż należy dążyć do możliwie najszerszego ich zastosowania w systemie, zwracając jednakże szczególną uwagę na specyfikę sektora ochrony zdrowia i mogące z niej wynikać zakłócenia funkcjonowania wolnego rynku.

Bardzo istotne jest też dopracowanie projektu przebudowy systemu z punktu widzenia motywacji poszczególnych grup jego uczestników. Nie należy bowiem oczekiwać, że wszyscy będą wykonywać swoje zadania niejako automatycznie, pod wpływem nie zidentyfikowanych, acz skutecznych bodźców. Bo przecież bodźce mogą tu wystąpić tylko w jednej z trzech postaci: pieniędzy, poczucia misji lub przymusu. Przymus w tym przypadku (mam nadzieję) nie wchodzi w grę, pieniędzy w systemie brakuje, a poczucie misji pracowników służby zdrowia jest bodźcem intensywnie eksploatowanym od lat – powstaje więc pytanie: jak długo można?

Podsumowując należy stwierdzić, że obecnie funkcjonujący w Polsce system ochrony zdrowia jest swoistym zlepkim pozostałości po systemie PRL-owskim, elementów reformy z 1999 roku oraz zmian wprowadzonych w ramach programu Narodowa Ochrona Zdrowia pod hasłem powrotu do poprzednich rozwiązań. System ten gwarantuje wszystkim uprawnionym obywatelom niczym nieograniczony zakres świadczeń zdrowotnych, takich, jakie tylko medycyna jest w stanie opracować, i w takiej ilości, w jakiej będą potrzebne. Z drugiej strony na sfinansowanie tych świadczeń przeznaczone są środki z podatku celowego na powszechne zaopatrzenie medyczne, zwanego oficjalnie składką na powszechne ubezpieczenie w Narodowym Funduszu Zdrowia (warto w tym miejscu zauważyć, że oficjalnie przyjęta nazwa jest mylna, nie mamy tu bowiem faktycznie do czynienia ani z ubezpieczeniem, ani ze składką). Sytuacja, w której za ograniczoną, z góry określoną kwotę należy dostarczyć niczym nieograniczony zakres świadczeń w oczywisty sposób rodzi nierównowagę systemu. Taki stan nierównowagi istnieje w polskim systemie ochrony zdrowia od czasu reformy 1999 roku i zasadniczo się pogłębia.

Sposoby pokrywania nierównowagi

Oczywiście doraźnie lukę tę próbuje się różnymi sposobami zapełniać. Naturalną jest rzeczą, że postulaty środowisk medycznych idą w kierunku zwiększania kwot przeznaczanych na opiekę zdrowotną. Tak więc najczęściej chyba powtarzana jest propozycja zwiększania stopy składki na powszechne ubezpieczenie w Narodowym Funduszu Zdrowia (dawniej powszechne ubezpieczenie zdrowotne). Faktycznie, od czasu wprowadzenia PUZ składka ta wzrosła już z 7,5 do 8%, a harmonogram dalszego wzrostu do 9% jest już zapisany w ustawie. Problem jednak leży w tym, że aby sfinansować nieograniczony zakres świadczeń, trzeba by również dysponować nieograniczonym zasobem środków pieniężnych, co oznacza wzrost składki do.... 100%.

Drugim sposobem wypełniania luki w systemie ochrony zdrowia zaproponowanym przez ministra Mariusza Łapińskiego jest podnoszenie podstawy oskładkowania. Jak na razie podniesiono tę podstawę dla osób prowadzących działalność gospodarczą, z 60% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia do 75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw włącznie z wypłatami z zysku.

Trzecim, mocno eksploatowanym sposobem doraźnego równoważenia systemu ochrony zdrowia jest utrudnianie dostępu do świadczeń. Zapisy, kolejki, numerki (wydawane tylko w ściśle określonych godzinach), konieczność uzyskiwania skierowań – to środki pozwalające udzielać znacznie mniejszej liczby świadczeń, niż to wynika z potrzeb uprawnionych, jednocześnie nikomu niczego wprost nie odmawiając, czyli nie burząc mitu, że wszystkim się wszystko bez dodatkowych opłat należy.

Czwartym sposobem poprawy nie zrównoważonego bilansu systemu jest nadmierne, a jednocześnie w uproszczony sposób stosowane, nieprzemyślane oszczędzanie na kosztach. Przejawia się ono przede wszystkim w niskich płacach pracowników ochrony zdrowia, a także w niedoinwestowaniu placówek (słabe wyposażenie).

Szczególnie kwestia napięć płacowych jest bardzo istotna. Stały niedobór środków, najpierw w budżecie państwa, a potem bezpośrednio w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, jak również słaba pozycja świadczeniodawców medycznych w stosunku do kas chorych (monopson) spowodowały utrwalenie się płac pracowników służby zdrowia na bardzo niskim poziomie. Sytuacja ta jednak w dłuższym okresie utrzymywać się nie może, a w każdym razie nie powinna. Nie można bowiem wymagać od lekarzy, by byli jedynymi wysoko kwalifikowanymi specjalistami w kraju, którzy godzą się, aby ich praca nie była źródłem przyzwoitych zarobków. System ochrony zdrowia powinien zapewniać bowiem obywatelom opiekę lekarską na dobrym poziomie, a lekarzom – godziwe zarobki.

Niskie zarobki sprzyjają lub nawet powodują szereg nieprawidłowości, w tym płatności nieformalne, fikcyjne zwolnienia lekarskie (głównie dla podsądnych i osób zwalnianych z pracy), nadużycia związane z receptami, bezpłatne korzystanie ze sprzętu państwowych szpitali przez prywatne gabinety itd. W ten sposób napięcia płacowe w ochronie zdrowia przyczyniają się do utrwalenia zjawiska określanego mianem szarej strefy.

Szara strefa jest piątym sposobem dofinansowywania sektora ochrony zdrowia. Według badania „Diagnoza 2000” wykonanego na zamówienie Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, w roku 2000 statystyczna rodzina polska wydawała rocznie na pobyt chorego w szpitalu 385 zł w formie opłat nieformalnych, czyli tzw. „dowodów wdzięczności”, a 281 zł w formie opłat w szpitalu publicznym, takich jak cegiełki, opłaty za dyżury nocne, zakup leków dla

hospitalizowanego. Daje to niebagatelną sumę 200 zł rocznie na osobę, czyli w skali kraju chodzi prawie o 8 mld zł, które trafiają częściowo do zakładów opieki zdrowotnej, a częściowo bezpośrednio do kieszeni pracowników służby zdrowia. Do tego należy doliczyć legalne opłaty dokonywane zarówno w szpitalach publicznych, jak i prywatnych, a także część wydatków ambulatoryjnych.

Już na pierwszy rzut oka widać jednak, że wszystkie powyższe sposoby prowadzą do uśmierzania problemu, ale rozwiązać go nie mogą. Wydaje się jednak, że należałoby w tym miejscu postawić pytanie, czy rzeczywiście problem ten dzięki tym metodom staje się chociaż chwilowo mniej uciążliwy? A może raczej mamy tu do czynienia nie z uśmierzaniem problemu, a z tzw. zamiataniem śmieci pod dywan? Powyższe sposoby prowadzą przecież do rozłożenia problemu na kilka mniejszych, odrębnych, ale w sumie wcale nie mniej uciążliwych.

Rozwiązanie problemu?

Tymczasem jedyna droga do rozwiązania tego problemu wiedzie poprzez postawienie jednoznacznej diagnozy: wszystkich świadczeń wszystkim obywatelom publiczny system ochrony zdrowia zapewnić nie zdoła. W systemie ochrony zdrowia, jak w każdym innym systemie i jak w przypadku każdego innego towaru i usługi, mamy bowiem do czynienia z problemem ograniczonych zasobów. Znaczy to mniej więcej tyle, że nie stać nas na wszystko, czego byśmy chcieli. W szczególności system publiczny nie jest i nigdy nie będzie w stanie zaspokoić wszystkich potrzeb społecznych. Z drugiej strony w społeczeństwie zawsze będzie istniała grupa osób bardziej zamożnych, które będą mogły i chciały zapłacić za wyższy standard lub szerszy zakres świadczeń, niż ten oferowany przez system powszechny. Powstają więc dwa problemy: po pierwsze – jak ograniczyć zakres obietnic dawanych obywatelom przez system publiczny, tak aby odpowiadały one możliwościom (czyli, aby system był zbilansowany, aby nie było w nim deficytu) i po drugie – w jaki sposób zapewnić obywatelom dostęp do świadczeń zdrowotnych nie objętych systemem publicznym.

Aby znaleźć rozwiązanie stabilizujące i uzdrawiające system, trzeba więc poszukać takiego sposobu ograniczenia zakresu uprawnień do świadczeń medycznych, który byłby możliwie jak najmniej szkodliwy społecznie.

Najprostszym rozwiązaniem powyższego zadania jest wprowadzenie mechanizmu zarządzania deficytem (na wzór brytyjskiego systemu National Health Service). Rozwiązanie to polega na zaakceptowaniu faktu, że w systemie ochrony zdrowia istnieje wbudowany chroniczny deficyt oraz na zorganizowaniu swoistej uporządkowanej i prawnie usankcjonowanej kolejki do świadczeń. W systemie takim pacjenci, którym ordynuje się określone świadczenie, zapisują się do kolejki i oczekują na wykonanie świadczenia. Układ taki pozwala obiecywać wszystkim obywatelom pełen zakres świadczeń, a wykonywać jedynie taką ich liczbę, na jaką wystarcza środków.

Oczywiście w tej sytuacji część osób rezygnuje z oczekiwania w kolejce i korzysta ze świadczeń medycznych odpłatnie (poza systemem publicznym). Osoby te jednak opłacają składkę czy też podatek celowy na ochronę zdrowia, a z tej ochrony w ramach systemu *summa summarum* nie korzystają. Powstaje więc pytanie: za co płacą?

Kolejna grupa osób, to osoby, które czekają cierpliwie w kolejce aż..... umierają nie doczekając się wykonania świadczenia medycznego (wszak znaczna część pacjentów to osoby w starszym wieku). Osoby te również nie korzystają ze świadczeń należnych z systemu publicznego, choć uiszczają odpowiednią składkę czy podatek.

Następna grupa, to osoby, które się przyzwyczajają do życia z odczuwaną dolegliwością, albo których stan samoistnie poprawia się w trakcie oczekiwania na świadczenie w takim stopniu, że rezygnują z jego wykonania. Oni również płacą za prawo do świadczeń, z którego nie korzystają.

Wreszcie czwarta grupa, to osoby, które korzystają z odpowiednich świadczeń po odczekaniu w kolejce.

Jak łatwo zauważyć, trzem pierwszym grupom obywateli publiczny system ochrony zdrowia obiecuje wszystko, a faktycznie nie daje nic. Z kolei czwarta grupa dostaje należne świadczenia, ale z dużym zazwyczaj opóźnieniem. Biorąc pod uwagę, że świadczenia medyczne są ściśle związane ze zdrowiem i życiem ludzkim, a więc czas ich udzielenia jest w większości przypadków czynnikiem o kluczowym znaczeniu, podkreślić należy, że w wyżej opisanym systemie nikt nie otrzymuje świadczeń we właściwym czasie.

Stwierdzić w tym miejscu trzeba, że rozwiązanie to jest w Polsce rozwiązaniem najbardziej prawdopodobnym, ponieważ jest ono stosunkowo najmniej niewygodne politycznie. Co prawda wprowadzając taki system trzeba będzie ludziom powiedzieć, że na udzielenie niektórych świadczeń będą musieli trochę poczekać, ale jest to dużo mniej nieprzyjemne niż mówienie, że niektórych świadczeń system publiczny nie zapewni w ogóle. Dlatego należy się spodziewać, że polski system ochrony zdrowia będzie ewoluował w kierunku tego modelu, mimo iż ewidentnie oznacza to świadome wprowadzenie systemu, który obiecuje więcej niż może dać, a następnie niektórych uprawnionych zmusza do rzekomo dobrowolnej rezygnacji z dotrzymania tych obietnic.

Rozwiązanie alternatywne

Zadać sobie jednak można pytanie: czy istnieją rozwiązania alternatywne? Czy są inne możliwości poprawy bilansu systemu ochrony zdrowia? Wydaje się, że odpowiedź na to pytanie jest twierdząca. Rozwiązaniami takimi bowiem są:

- zdefiniowany koszyk świadczeń,
- system finansowania świadczeń ponadkoszykowych (II filar),
- współpłacenie,
- prywatyzacja zakładów opieki zdrowotnej.

Zdefiniowanie koszyka świadczeń gwarantowanych obywatelom przez podstawowy publiczny system ochrony zdrowia jest formą trwałego, a nie jedynie doraźnego ograniczenia luki w finansach systemu poprzez ograniczenie zakresu uprawnień do świadczeń. Ograniczenie to powinno polegać na ustaleniu:

- listy schorzeń, które są lub które nie są leczone w ramach systemu,
- listy procedur medycznych stosowanych w schorzeniach leczonych w ramach systemu, które są lub które nie są finansowane przez system,
- warunków akomodacyjnych zapewnianych lub nie zapewnianych przez system w przypadku opieki stacjonarnej.

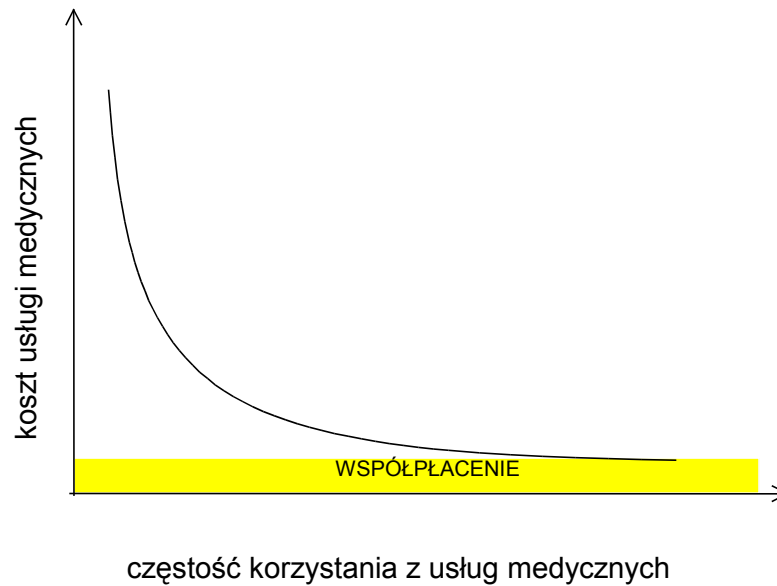
Jak widać, koszyk świadczeń gwarantowanych można konstruować w postaci tzw. koszyka pozytywnego (usługi zapewniane), koszyka negatywnego (usługi nie zapewniane) lub ewentualnie mieszanki tych dwóch wariantów.

Określenie koszyka jest zadaniem szczególnie ważnym, jako że nie tylko zwalnia podstawowy system publiczny z finansowania tych świadczeń, które znajdują się poza koszykiem, ale również jest warunkiem koniecznym do utworzenia tzw. II filara systemu zabezpieczenia zdrowotnego w postaci dobrowolnych uzupełniających ubezpieczeń komercyjnych. Uruchomienie II filara jest tymczasem krokiem bardzo istotnym. Duża grupa obywateli polskich nie jest bowiem usatysfakcjonowana poziomem opieki medycznej oferowanym przez podstawowy system publiczny (I filar) i byłaby skłonna zapłacić dodatkową (dodajmy: stosunkowo niewielką) składkę za prawo do świadczeń lepszej jakości, udzielanych w lepszych warunkach i z zastosowaniem najnowszych, najdroższych technologii. Mało kogo jednak stać w Polsce na sfinansowanie tego bezpośrednio z kieszeni bądź na wykupienie polisy ubezpieczenia niezależnego (pokrywającego pełny zakres świadczeń medycznych niezależnie od systemu publicznego). Składka na takie ubezpieczenie musiałaby być bardzo wysoka, a ponadto takie rozwiązanie jest niesprawiedliwe, jako że zmusza obywateli rezygnujących z korzystania z systemu publicznego do opłacania podwójnej składki.

Tymczasem należy się spodziewać, że zorganizowanie na uczciwych zasadach II filara zdrowotnego, poprzez uczestnictwo sporej grupy obywateli spowoduje zasilenie sektora ochrony zdrowia sporą sumą dodatkowych pieniędzy, z czego korzyści odniosą nie tylko ubezpieczeni w II filarze, ale również pozostali pacjenci (m.in. poprzez poprawę standardu wyposażenia placówek służby zdrowia).

Innym sposobem poprawy finansów systemu zabezpieczenia zdrowotnego byłoby wprowadzenie franszyzy redukcyjnej czy też udziału własnego. Wydaje się, że jest to sposób zdecydowanie wart poważnego rozważenia. Jak wiadomo, największa liczba udzielonych świadczeń medycznych to – z natury rzeczy – świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej, których koszt jest najmniejszy, następnie porady z zakresu specjalistyki, których jest już mniej, ale są droższe, i dalej standardowa opieka stacjonarna – jeszcze mniej jeszcze droższych świadczeń, i wreszcie zabiegi wysokospecjalistyczne – najmniejsza liczba najdroższych świadczeń (Rysunek 1).

Rysunek 1. Koszty a częstość korzystania z usług medycznych



Źródło: Opracowanie własne

Dlatego też wprowadzenie franszyzy redukcyjnej (udziału własnego) do wszystkich świadczeń medycznych (tzn. zarówno do wizyt ambulatoryjnych, jak i hospitalizacji), nie stanowiąc istotnego obciążenia dla budżetów nawet niezamożnych gospodarstw domowych, mogłoby w sposób znaczący poprawić bilans systemu. Istotne jest tu szczególnie to, że ograniczono by finansowanie przez system świadczeń udzielanych masowo (np. porady lekarza pierwszego kontaktu w przypadku infekcji grypowych). Zbiorowe finansowanie takich świadczeń (przez system publiczny) jest nieefektywne, ponieważ skala redystrybucji środków jest na tyle mała, a koszty funkcjonowania tego typu systemu na tyle duże, że jego działanie staje się nieopłacalne. Innymi słowy – ryzyko zachorowania na chorobę powodującą taką konieczność jest na tyle duże, że graniczy z ryzykiem nieubezpieczalnym.

Wprowadzenie franszyzy redukcyjnej pozwoliłoby publicznemu systemowi ochrony zdrowia zająć się finansowaniem świadczeń, których koszt z pewnością przekracza możliwości finansowe większości gospodarstw domowych, a których ilość jest na tyle niewielka, że mamy do czynienia z poważnym stopniem redystrybucji środków, w pełni uzasadniającym funkcjonowanie systemu.

Dodatkowym argumentem za przyjęciem takiego rozwiązania jest to, że nawet niewielka opłata powinna zniechęcić tych pacjentów, którzy korzystają ze świadczeń z innych powodów niż wyraźna potrzeba medyczna, powodując ich nadprodukcję. Warto bowiem zwrócić uwagę, że z reguły dostępność jakiegokolwiek towaru czy usługi bez opłat powoduje, iż korzystamy z niego bez ograniczeń, nie licząc się z kosztami jego produkcji i nie zastanawiając się specjalnie, czy go rzeczywiście potrzebujemy. Tymczasem nawet bardzo

niewielka opłata zazwyczaj wywołuje refleksję nad istnieniem faktycznej potrzeby nabycia danego przedmiotu. Wydaje się, że w przypadku świadczeń medycznych taka refleksja byłaby pożądana.

Jednakże przy wprowadzaniu tego rozwiązania należy zachować szczególną ostrożność. Pamiętać bowiem należy, że ustawienie franszyzy na zbyt wysokim poziomie dla niektórych rodzin może stworzyć barierę w dostępie do świadczeń medycznych, a nie należy dopuścić do sytuacji, gdzie ze względów finansowych powstrzymywano by się od korzystania ze świadczeń, mimo istnienia uzasadnionej potrzeby medycznej. Po dokonaniu wstępnych szacunków wydaje się, że franszyza mogłaby wynosić około 10 zł. Jest to poziom kosztów możliwy do poniesienia przez ogromną większość rodzin, w pozostałych przypadkach (takich jak np. rodziny wielodzietne dotknięte bezrobociem) potrzebna byłaby refundacja ze środków pomocy społecznej.

Wreszcie ostatnią, ale bynajmniej nie najmniej ważną sprawą jest kwestia prywatyzacji sektora świadczeniodawców. Trzeba bowiem w tym miejscu wyraźnie stwierdzić, że publicznie zarządzana służba zdrowia nie jest w stanie zapewnić społeczeństwu świadczeń leczniczych na odpowiednim poziomie i za rozsądne kwoty. Tylko prywatyzacja może zapewnić poprawę jakości świadczeń, efektywności wykorzystania środków finansowych i jednocześnie podniesienie zarobków pracowników służby zdrowia. Należy jednak zwrócić uwagę, że o ile samorzady jako organy założycielskie mogą być udziałowcami w tego typu spółkach, o tyle udział ten nie powinien być zbyt duży (samorząd nie powinien wpływać na zarządzanie spółką). Może to bowiem doprowadzić do takiej sytuacji, że powstaną nowe, rzekomo prywatne firmy, które faktycznie nadal będą zarządzane przez urzędników samorządowych. Grozi to sprowadzeniem reformy do działań pozornych.

Jednakże rozważając możliwość zastosowania określonych rozwiązań oraz oceniając ich wartość z punktu widzenia głównego, postawionego tu celu, jakim jest zniesienie nierównowagi systemu, należy wziąć pod uwagę również wpływ poszczególnych rozwiązań na inne ważne problemy istniejące w systemie ochrony zdrowia i w jego otoczeniu. Mam tu na myśli przede wszystkim problem szarej strefy oraz problem bezrobocia.

Szara strefa

Badając problem szarej strefy w ochronie zdrowia należy stwierdzić, że niezależnie od ogólnej nierównowagi systemu wpływającej niewątpliwie w sposób utrwalający na szarą strefę, istnieją 4 zasadnicze czynniki w bezpośredni sposób decydujące o jej istnieniu. Są to:

1. utrudniony dostęp do świadczeń,
2. obawa pacjentów o poziom jakościowy otrzymywanych świadczeń,
3. nieodpłatność świadczeń,
4. niski poziom płac w sektorze ochrony zdrowia.

Dwa pierwsze z wymienionych czynników stanowią podstawowe bodźce rodzące potrzebę korupcyjną po stronie pacjenta. Nieodpłatność świadczeń medycznych tę potrzebę ugruntowuje i sprawia, że korupcja staje się możliwa do udźwignięcia dla budżetów wielu rodzin. Z kolei czwarty czynnik dodatkowo uzasadnia słuszność zachowań korupcyjnych oraz skłania pracowników służby zdrowia do ich wymuszania. W ten sposób wzmacnia on dodatkowo działanie czynnika wymienionego w punkcie 2.

Rozpatrując więc pod kątem powyższych czynników zaproponowane wcześniej rozwiązania należy stwierdzić, że zdefiniowanie koszyka świadczeń gwarantowanych i uruchomienie II filara systemu zabezpieczenia zdrowotnego powinny wpłynąć na poprawę dostępu do świadczeń medycznych (czynnik 1.), prywatyzacja ZOZ-ów powinna skutkować polepszeniem w zakresie poziomu jakościowego świadczeń medycznych (czynnik 2.), współpłacenie oraz uruchomienie II filara zlikwidują nieodpłatność świadczeń medycznych (czynnik 3.), a wszystkie proponowane rozwiązania łącznie przywrócą równowagę finansową systemu, co umożliwi normalizację poziomu płac w sektorze ochrony zdrowia (czynnik 4.). Jak więc widać, łączne wprowadzenie pakietu wymienionych rozwiązań zniesie lub w znacznym stopniu osłabi działanie wszystkich czynników korupcyjnych. Wydaje się, że takie zmasowane oddziaływanie jest jedynym skutecznym sposobem poradzenia sobie z problemem szarej strefy w ochronie zdrowia.

Rynek pracy

Kolejną ważną kwestią, nad którą chcielibyśmy się w tej pracy skupić szczególnie, jest kwestia wpływu proponowanych rozwiązań na rynek pracy. Zanim jednak przeanalizuje się zmiany, jakie zapewne zaistnieją na rynku pracy na skutek wprowadzenia opisanych działań, należy spojrzeć na stan obecny rynku pracy w polskim sektorze ochrony zdrowia.

Rozważania na temat rynku pracy wypada zacząć od przypomnienia tego, co różni ten rynek od każdego innego rynku w gospodarce. Tak więc specyfika rynku pracy polega przede wszystkim na tym, że przedmiotem obrotu na tym rynku jest praca ludzka, a człowieka – w przeciwieństwie do każdego innego środka produkcji, nie da się wyłączyć, kiedy staje się zbędny. Człowiek, nawet kiedy jego praca staje się ekonomicznie nieefektywna, nadal musi dysponować środkami utrzymania, a także chce się czuć potrzebny. Stąd problem bezrobocia. Ponadto rynek pracy charakteryzuje się trzema dodatkowymi cechami, wydatnie ten problem pogłębiającymi. Są to:

- zjawisko histerezy, zwane też efektem zapadki,
- płaca minimalna,
- obciążenie wynagrodzeń składkami na ZUS.

Zjawisko histerezy (efekt zapadki) na rynku pracy wynika bezpośrednio z tego, że przepisy prawa pracy, normujące stosunki między pracodawcami a pracownikami (Kodeks Pracy, inne ustawy, przepisy wykonawcze, układy zbiorowe pracy, regulaminy i statuty) oraz postanowienia umów o pracę są normami o charakterze semiimperatywnym, co oznacza, iż w każdej chwili i bez zbędnych formalności ich uregulowania mogą być w dowolnym zakresie modyfikowane na korzyść pracownika, natomiast jakakolwiek modyfikacja na jego niekorzyść możliwa jest tylko w zakresie wyznaczonym przepisami i z zachowaniem procedury przewidzianej prawem (tzw. wypowiedzenie modyfikujące), skutkującej rzeczą jasną znaczną zwłoką (tzw. okres wypowiedzenia). Stanowi to istotne zakłócenie funkcjonowania reguł rynkowych.

Podobnie płaca minimalna stanowiąc ograniczenie swobody kształtowania się cen na rynku pracy powoduje, że nie dochodzi do zawarcia pewnej liczby umów o pracę, które mogłyby być zawarte przy niższej cenie (czyli płacy).

Z kolei obciążenie wynagrodzeń składkami na ZUS powoduje, że koszt pracy dla pracodawcy jest znacznie wyższy niż wynagrodzenie otrzymywane przez pracownika, co z punktu widzenia rynkowego oznacza rozdźwięk między ceną płaconą przez nabywcę a otrzymywaną przez sprzedającego. To również zakłóca ustalanie się równowagi na tym rynku.

W sumie czynniki te powodują, że w stanie równowagi na rynku pracy mamy do czynienia z dodatnią stopą bezrobocia. W krajach europejskich przyjmuje się, że stopa bezrobocia równowagi, zwana też naturalną stopą bezrobocia, wynosi ok. 8%.

Tymczasem w Polsce do roku 1990 mieliśmy do czynienia z bezrobociem ujemnym, oznaczającym, że w gospodarce istniało pełne zatrudnienie, a ponadto pewna liczba wolnych miejsc pracy. Natomiast na zjawisko bezrobocia ujemnego nakładał się efekt bezrobocia ukrytego. Znaczy to, że bezrobocie wówczas nie polegało na niemożności znalezienia pracy, ale na tym, że w pracy zatrudnione osoby nie miały zbyt wiele do roboty (chcąc być dokładnym w sensie semantycznym, należałoby ówczesną sytuację nazwać prawdziwym bezrobociem, podczas gdy stan obecny jest raczej problemem bezzatrudnienia, a nie bezrobocia). Istotne jest tu jednak podkreślenie skali zjawiska bezrobocia ukrytego w polskiej gospodarce przed 1990 rokiem. Określenie tej wielkości jest bardzo trudne i istnieją ogromne rozbieżności w wartościach wykazywanych przez poszczególne badania - szacunki mieszczą się w przedziale od 25 do 75%. Trudno byłoby tak rozbieżne szacunki traktować za podstawę jakichkolwiek wyliczeń czy dalszych badań, wielkości te pokazują jednak, że skala zjawiska z całą pewnością była ogromna, zarówno w porównaniu do wspomnianej naturalnej stopy bezrobocia, jak i do wartości notowanych aktualnie w naszym kraju.

Na fali reform ustrojowych przeprowadzanych na początku lat 90. nastąpiło tzw. wypchnięcie bezrobocia ukrytego, które w drodze zwolnień spowodowało przekształcenie się bezrobocia ukrytego w jawne. Zwrócić należy uwagę, że taki proces skutkował bardzo szybkim wzrostem produktywności pracy. Zmiany te jednak były w poszczególnych sektorach gospodarki niejednakowo głębokie. Najszybciej następowały zazwyczaj tam, gdzie dokonywano reorganizacji, restrukturyzacji, komercjalizacji i (przede wszystkim) przekształceń własnościowych.

W tym kontekście trzeba stwierdzić, że sektor ochrony zdrowia był dziedziną gospodarki relatywnie słabo poddaną przekształceniom, szczególnie gdy chodzi o świadczeniodawców medycznych, toteż efekt wypchnięcia w tym sektorze był stosunkowo słaby i można się spodziewać, że na skutek gruntownych zmian w systemie, w szczególności dotyczących świadczeniodawców, możemy mieć do czynienia z niejako dalszym ciągiem ujawniania się tego efektu.

Wracając do proponowanych wyżej rozwiązań zmierzających do poprawy bilansu systemu ochrony zdrowia stwierdzić musimy, że zdefiniowanie koszyka świadczeń gwarantowanych może mieć niewielki wpływ negatywny na sytuację na rynku pracy w sektorze ochrony zdrowia, jako że koszyk przyczyni się do niewielkiego spadku ilości udzielanych świadczeń. Z kolei uruchomienie II filara systemu zabezpieczenia zdrowotnego z pewnością wpłynie dodatnio na ten rynek, będą bowiem potrzebni pracownicy do wykonywania świadczeń drugofilarowych, które dzięki tym zmianom staną się dla wielu obywateli dostępne. Następnie współpłacenie znów będzie oznaczać spadek ilości wykonywanych świadczeń, a więc ujemny wpływ na rynek pracy. Ale spodziewać się należy, że największy wpływ na sytuację na rynku pracy w sektorze ochrony zdrowia będzie miała prywatyzacja zakładów opieki zdrowotnej. To ona stanie się zapewne (tak jak to często bywało w innych dziedzinach gospodarki)

swoistym katalizatorem wspomnianego wyżej efektu wypchnięcia. Należy się spodziewać, że część zakładów poddana regułom gry rynkowej, bez opieki samorządowego organu założycielskiego, po prostu zbankrutuje, część zostanie zlikwidowana. To z kolei skutkować też będzie spadkiem zamówień dla wielu firm kooperujących z ZOZ-ami i szpitalami – tam również należy się spodziewać zwolnień.

Jak złagodzić problem zwolnień?

Powstaje więc pytanie: czy niewątpliwie negatywny wpływ proponowanych zmian na rynek pracy jest argumentem wystarczającym, żeby nie prywatyzować? Wydaje się rzeczą oczywistą, że – podobnie jak w innych branżach, tak i w ochronie zdrowia – odpowiedź na to pytanie brzmi: nie. Przede wszystkim dlatego, że celem systemu ochrony zdrowia, jak sama nazwa wskazuje, jest zapewnienie wszystkim obywatelom dostępu do niezbędnych świadczeń medycznych, a nie zorganizowanie pewnej grupie obywateli miejsc pracy. Nie oznacza to jednak bynajmniej, że problem ten można zlekceważyć. Dlatego szczególnie ważnym zadaniem jest odpowiednie przygotowanie wprowadzanych zmian, tak aby w miarę możliwości złagodzić społeczną uciążliwość problemu. W tym kontekście wydaje się, że można rozważyć 2 grupy działań możliwych do podjęcia. Pierwszą z nich jest zastosowanie w masowej skali programu zwanego outplacementem, drugą – tzw. środki aktywnej walki z bezrobociem.

Pod pojęciem programu outplacement kryje się kompleks usług i szkoleń związanych z restrukturyzacją i redukcją zatrudnienia. Zawiera on zazwyczaj takie elementy, jak:

- pomoc psychologiczna,
- treningi interpersonalne,
- doskonalenie umiejętności poszukiwania pracy,
- poszukiwanie ofert zatrudnienia,
- pomoc w podjęciu działalności gospodarczej,
- doradztwo w zakresie możliwości uzupełniania kwalifikacji.

Z reguły programy takie są organizowane przez wyspecjalizowane firmy dla konkretnego przedsiębiorstwa. Prawidłowo przeprowadzony program outplacement pozwala wówczas zachować stabilność i korzystną atmosferę pracy w przedsiębiorstwie, pomimo konieczności redukcji zatrudnienia. Przeprowadza się go również w trosce o dobry wizerunek pracodawcy wśród klientów oraz pracowników. Wydaje się jednak, że w przypadku wprowadzania zmian reformatorskich skutkujących redukcją zatrudnienia w całym sektorze można byłoby pokusić się o próbę wdrożenia tego typu programu w masowej skali, dla całego sektora.

Z kolei środki aktywnej walki z bezrobociem obejmują:

- szkolenia i przekwalifikowywanie bezrobotnych,
- pośrednictwo pracy,
- stymulowanie rozwoju małych przedsiębiorstw,
- subsydiowanie zatrudnienia i prace interwencyjne.

Inne czynniki makroekonomiczne

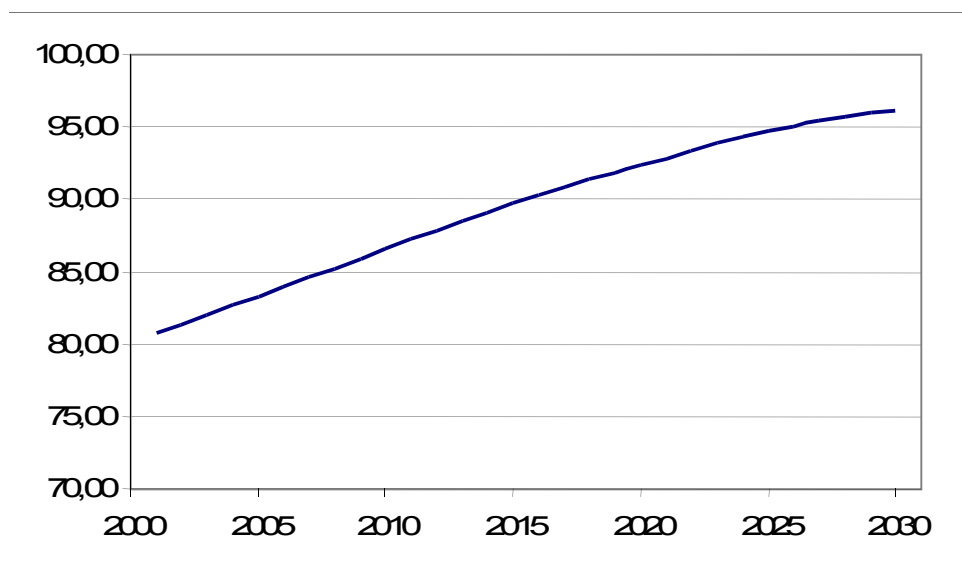
Przeprowadzona powyżej analiza byłaby jednak niepełna, gdyby nie wziąć pod uwagę kilku dodatkowych czynników makroekonomicznych, które w najbliższej przyszłości będą wpływać na system ochrony zdrowia, ze skutkami także dla rynku pracy w tym sektorze. Tymi czynnikami są:

- zmiany struktury demograficznej ludności,
- zmiany wielkości produktu krajowego brutto,
- proces integracji z Unią Europejską.

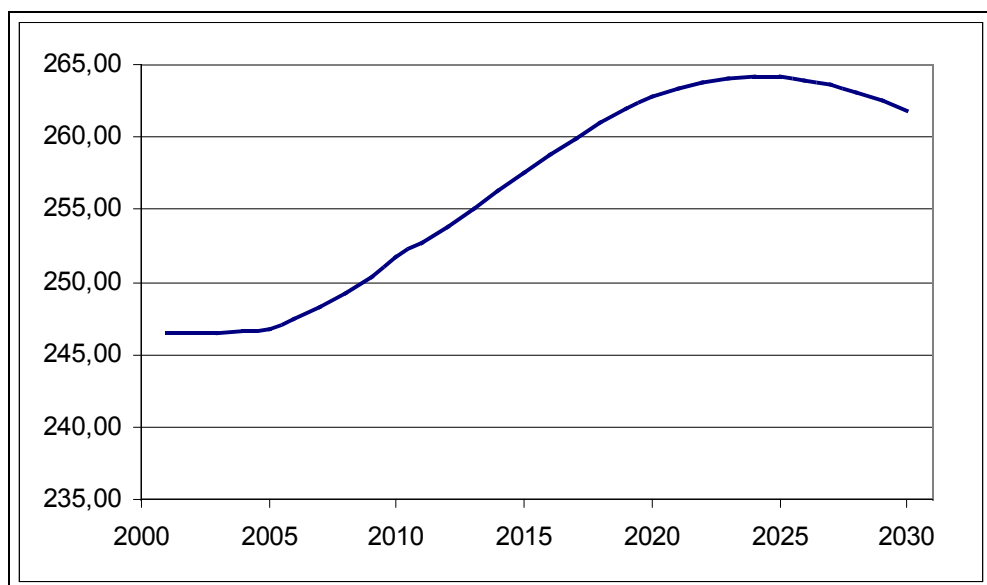
Badania przeprowadzone w roku 2002 na zlecenie firmy DWZ przez Justynę Wróbel wykazały, że przy utrzymaniu obecnych profili korzystania z usług medycznych w okresie od 2001 do 2030 roku przewidywana liczba osobodni szpitalnych wzrośnie o ponad 15 mln (19,1%), a liczba konsultacji medycznych o około 17 mln (6,3%).

Wykres 1. Zapotrzebowanie na usługi medyczne, 2001-2030

a. liczba osobodni szpitalnych (mln rocznie)



b. liczba porad ambulatoryjnych (mln rocznie)



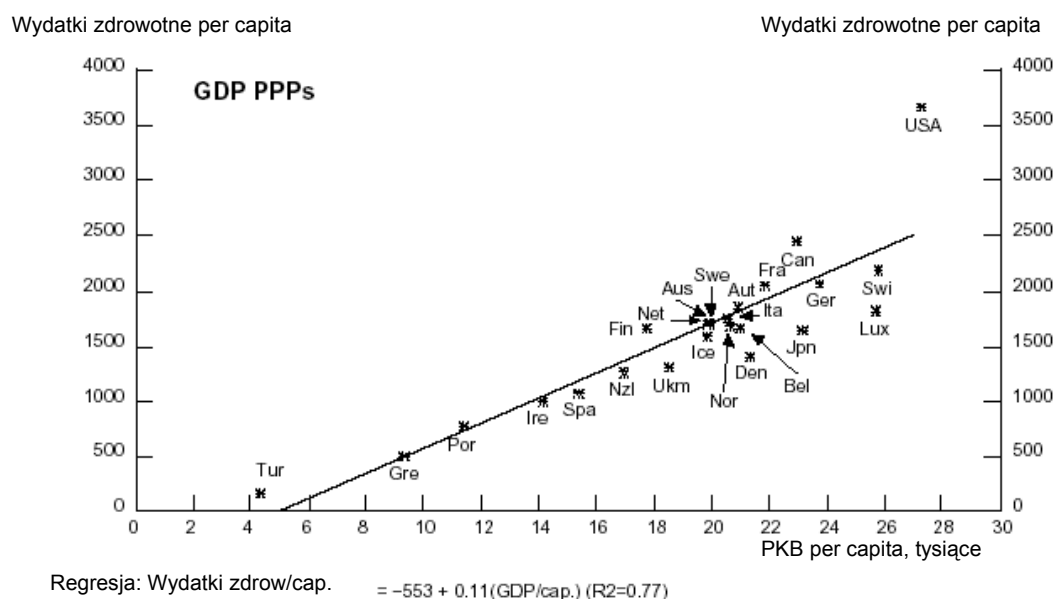
Źródło: Wróbel J., DWZ, 2002

Zwiększenie się zapotrzebowania na świadczenia medyczne będzie spowodowane postępującym procesem starzenia się ludności. Wchodzenie w wiek emerytalny roczników

powojennego wyżu demograficznego przełoży się w najbliższych dziesięcioleciach na wzrost zapotrzebowania zarówno na usługi ambulatoryjne, których największe nasilenie przewidywane jest w pierwszej połowie lat 20., jak i leczenie szpitalne, na które zapotrzebowanie będzie rosło przez cały okres projekcji. Taki wzrost ilości udzielanych świadczeń medycznych musi spowodować rzecz jasna odpowiednio duży wzrost wydatków na ten cel. Wspomniane wyliczenia wskazują, że w 2030 roku na ochronę zdrowia będziemy musieli wydać 30,28 mld zł, czyli o 3,72 mld zł (14%) więcej niż obecnie. To wszystko oznacza jednak także znaczną liczbę dodatkowych miejsc pracy w sektorze ochrony zdrowia.

Z kolei badając wpływ zmian wielkości produktu krajowego brutto na sektor ochrony zdrowia skonstatować trzeba, że przeciętne wydatki na opiekę zdrowotną w krajach OECD wynosiły na początku lat 90. 8,4% PKB. Tymczasem w Polsce było to około 6,4% PKB. Howard Oxley i Maitland MacFarlan oszacowali w roku 1994 na zlecenie OECD, iż istnieje istotna dodatnia korelacja pomiędzy wydatkami na opiekę zdrowotną oraz produktem krajowym brutto *per capita* (Wykres 2). Przy wykorzystaniu otrzymanego równania do estymacji wydatków na opiekę zdrowotną w Polsce, w warunkach 2000 roku, wysokość wydatków zdrowotnych *per capita* powinna wynosić około 260 USD, a tymczasem nie przekroczyły one 180 USD (uwzględniając parytet siły nabywczej).

Wykres 2. Wydatki na ochronę zdrowia a PKB, 1992



Źródło: Oxley H. i MacFarlan M., OECD, 1994

Wysokość wydatków na ochronę zdrowia w Polsce, zarówno z perspektywy wydatków globalnych, jak i wydatków na jednego mieszkańca, są więc znacznie poniżej przeciętnej w krajach OECD, uwzględniając wysokość PKB. Biorąc dodatkowo pod uwagę, że z roku na rok mamy do czynienia ze stałym wzrostem PKB, należy się spodziewać znacznego wzrostu wydatków na ochronę zdrowia, co z pewnością nie pozostanie bez konsekwencji dla rynku pracy w tym sektorze gospodarki.

Wreszcie proces integracji Polski z Unią Europejską jest czynnikiem, który może mieć także znaczący wpływ na rynek pracy w sektorze ochrony zdrowia. Obowiązująca w Unii Europejskiej zasada swobodnego przepływu towarów, osób i kapitału będzie oznaczać w niedługim czasie bardzo daleko idące ułatwienia w zakresie możliwości podejmowania pracy w innych krajach członkowskich Unii. Wziąwszy pod uwagę, że w zdecydowanej większości krajów UE poziom płac pracowników służby zdrowia jest kilkukrotnie wyższy niż w Polsce, trzeba się liczyć z nieuchronnymi migracjami zarobkowymi w kierunku tych krajów. Będzie to więc istotny czynnik wpływający na zmniejszenie nadwyżki podaży nad popytem na rynku pracy w sektorze ochrony zdrowia.

A jeśli nic nie zrobimy?

Zmierzając powoli do końca niniejszych rozważań należałoby jeszcze postawić sobie pytanie o to, co stałoby się gdybyśmy pozostawili *status quo* w systemie ochrony zdrowia? Próbując odpowiedzieć na to pytanie przyjrzyjmy się tzw. wskaźnikowi autonomicznego tempa wzrostu kosztów opieki zdrowotnej, który obrazuje wzrost kosztów opieki medycznej wynikający ze wzrostu standardu usług medycznych oraz z zastosowania nowych technologii w medycynie. Zwrócić bowiem należy uwagę, że z reguły w gospodarce wprowadzanie nowych technologii obniża koszty działalności w dłuższym okresie. Tymczasem w opiece medycznej koszt wprowadzania nowych technologii jest wysoki, a ich efekt dotyczy zdrowia i jest raczej trudny do wyrażenia w pieniądzu.

Tak więc wskaźnik autonomicznego tempa wzrostu kosztów opieki zdrowotnej w latach 1960 – 1995 dla krajów rozwiniętych wynosił około 4,4% rocznie. Jeżeli założymy, że w Polsce w latach 2001 – 2030 wskaźnik ten będzie wynosił tylko 3%, to nałożenie się na siebie tego efektu oraz omawianego wyżej efektu zmiany struktury demograficznej ludności spowodować by musiało wzrost wydatków na ochronę zdrowia o 174%, a więc niemal 3-krotny. Można się więc w tym miejscu tylko zastanawiać, czy bardziej realny jest tak znaczny wzrost składki na powszechne ubezpieczenie w Narodowym Funduszu Zdrowia, czy tak znaczne pogłębienie deficytu w systemie?

Zakończenie

Zastanawiając się nad sposobem podsumowania tego tekstu, przypomniałem sobie piosenkę brytyjskiego piosenkarza, autora tekstów i kompozytora, Marka Knopflera, zatytułowaną „*Why aye man?*”. Jest to historia robotników angielskich, którzy zmuszeni byli spakować narzędzia, pożegnać się z rodzinami i narzeczonymi i wyjechać do pracy do Niemiec. W nowym miejscu mają co prawda dobre warunki, ale tęsknią za swoim krajem. Zastanawiają się więc, dlaczego w ich kraju wprowadzono przepisy, które doprowadziły do tego, że nie mogą znaleźć pracy na miejscu. Tu pada tytułowe pytanie: dlaczego głosowałeś za taką ustawą?

Myszę, że pracując nad zmianami w systemie ochrony zdrowia nie wolno ani na chwilę zapominać o tym, iż za wprowadzanymi regulacjami prawnymi kryją się losy ludzkie. Konsekwencje zmian w systemie dla rynku pracy przekładają się na losy wielu ludzi, którzy

albo będą mieli pracę, albo będą bezrobotni. Ale przecież i same zmiany w systemie jako takie przekładać się będą na losy ludzi, którzy otrzymają lub nie otrzymają potrzebnego im świadczenia medycznego.

Trudność polega tu jednak głównie na tym, by umieć spojrzeć na konsekwencje proponowanych zmian w dłuższej perspektywie czasowej. Często bowiem okazuje się, że reformy systemów publicznych na początku wymagają poniesienia pewnych ofiar i przynoszą chwilowe pogorszenie sytuacji, ale w dłuższym okresie okazują się zbawienne. Tymczasem rozwiązania pozornie łagodniejsze społecznie często sprowadzają się albo do uśmierzania problemu zamiast do jego rozwiązania, albo też do tzw. zamiatania śmieci pod dywan, czyli rozczłonkowania i ukrywania problemu.

Umiejętności (lub też woli) takiego spojrzenia brak niestety większości działaczy politycznych. Stąd niewątpliwą słabością systemu państwa demokratycznego jest ciągła konieczność toczenia walki z demagogiczną retoryką polityków.

Bibliografia

- Bogucka T., *Nie ma już pana doktora*, „Gazeta Wyborcza”, 20.02.1999;
- Diagnoza 2000*, materiał powielony, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Warszawa 2000;
- Holly R. (red.), *The role of insurance in health care system*, WSEI - KIU, Warszawa 1999;
- Holly R. (red.), *Ubezpieczenia w ochronie zdrowia*, WSEI - KIU, Warszawa 1999;
- Kruczyński M. J., *Jak poprawić system PUZ?*, "Służba zdrowia" nr 55-58 / 2001;
- Kruczyński M. J., *System ochrony zdrowia w 2 lata po reformie*, "Służba zdrowia" nr 5-6 / 2001;
- Kruczyński M. J., *System PUZ - porażka pozorna czy rzeczywista*, "Służba zdrowia" nr 59-62 / 2001;
- Narodowa Ochrona Zdrowia. Strategiczne kierunki działań Ministra Zdrowia w latach 2002 – 2003. Dokument po uwzględnieniu uwag resortów*, materiał powielony, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2002;
- Oxley H., MacFarlan M., *Health Care Reform, Controlling Spending and Increasing Efficiency*, Economics Department Working Paper No. 149, OECD, 1994;
- Piotrowski M., *Zawał. Wielka Brytania: jak uratować publiczną służbę zdrowia*, „Polityka” nr 21 / 2002;
- Reforma Ochrony Zdrowia*, materiał powielony, MZiOS, Warszawa 1998;
- Wróbel J., Kruczyński M. J., *Zdrowie centralnie planowane*, materiał powielony, DWZ, Warszawa 2002.