

Tomasz Koziello*

GŁÓWNE ZASADY BEZPIECZEŃSTWA ZDROWOTNEGO POLSKI W KONCEPCJACH POLITYCZNYCH POLSKICH RZĄDÓW W XXI WIEKU

Streszczenie

Artykuł omawia zasady bezpieczeństwa zdrowotnego Polski w koncepcjach polskich rządów od 2001 roku. Były to gabinety pod kierownictwem: Leszka Millera (2001–2004), Marka Belki (2004–2005), Kazimierza Marcinkiewicza (2005–2006), Jarosława Kaczyńskiego (2006–2007), Donalda Tuska (2007–2014), Ewy Kopacz (2014–2015), Beaty Szydło (2015–2017) oraz Mateusza Morawieckiego (2017–2023). Analizie poddano różne koncepcje struktury systemu opieki zdrowotnej, różne środki finansowania i różne zmiany, mające usprawnić system i zapewnić większą jego wydajność. W artykule scharakteryzowano takie elementy, jak: 1) struktura systemu ochrony zdrowia, 2) finansowanie służby zdrowia, 3) prawa i obowiązki służby zdrowia oraz pacjentów.

Słowa kluczowe: bezpieczeństwo zdrowotne, polityka zdrowotna w Polsce

Wstęp

Bezpieczeństwem zdrowotnym nazywany jest stan, w którym państwo i jego obywatele są przygotowani do ochrony życia i zdrowia w warunkach normalnych i sytuacjach kryzysowych. Przejawia się w stałym monitorowaniu przez władze publiczne zagrożeń, prowadzeniu odpowiedniej profilaktyki zdrowotnej oraz podejmowaniu działań w celu ratowania ludzi, mienia i środowiska oraz zapewnienia poszkodowanym dostępu do odpowiednich ośrodków leczenia¹. Celem takiej polityki jest

* Uniwersytet Rzeszowski, e-mail: tkoziello@ur.edu.pl, ORCID: 0000-0003-3657-2601.

¹ J. Konieczny, *Bezpieczeństwo zdrowia publicznego w zagrożeniach środowiskowych. Studium metodologiczno-edukacyjne w perspektywie zrównoważonego rozwoju*, Poznań 2016, s. 148.

zapobieganie chorobom, przedłużanie życia i promocja zdrowia wśród społeczeństwa na danym obszarze².

Bezpieczeństwem zdrowotnym w państwie zajmuje się system ochrony zdrowia. Można wyróżnić 4 główne modele systemów zdrowotnych: 1) ubezpieczeniowy, 2) budżetowy, 3) centralnie planowany i 4) rynkowy³. Model ubezpieczeniowy oparty jest na finansowaniu służby zdrowia z obowiązkowych składek zdrowotnych, opłacanych przez pracownika i pracodawcę. Składki te trafiają do kas chorych, instytucji niezależnych od rządu, które zarządzają nimi poprzez podpisywanie umów na wykonywanie usług medycznych z placówkami opieki zdrowotnej – przychodniami, szpitalami, gabinetami lekarskimi – oraz kontrolują je pod kątem realizacji zobowiązań. Polisy ubezpieczeniowe zawierają określone rodzaje świadczeń, jakie dana kasa chorych jest zobowiązana ubezpieczonemu zagwarantować, i mogą różnić się ich ilością, w zależności od wysokości deklarowanej składki. W tym modelu na równi traktowane są publiczne i prywatne placówki ochrony zdrowia, zaś obowiązkiem kas chorych jest wybrać najlepsze z nich. Model budżetowy polega na finansowaniu służby zdrowia z budżetu państwa, czyli z podatków bezpośrednich i pośrednich. Środkami dysponuje w tym modelu rząd, który ma obowiązek zagwarantować wszystkim obywatelom dostęp do bezpłatnej opieki zdrowotnej na odpowiednim poziomie. Administracja państwowa zleca publicznym i prywatnym placówkom ochrony zdrowia wykonywanie świadczeń medycznych oraz nadzoruje i kontroluje ich jakość. Model centralnie planowany również zakłada finansowanie służby zdrowia przez budżet państwa oraz kontrolę administracji publicznej nad ilością i jakością wykonywanych świadczeń, a także dąży do zagwarantowania obywatelom przez państwo dostępu do bezpłatnej opieki zdrowotnej. Jednak służba zdrowia jest tutaj w pełni upaństwowiona a sektor prywatny zlikwidowany. Model rynkowy polega na dobrowolnych ubezpieczeniach. Państwo rezygnuje w nim z odpowiedzialności za zdrowie społeczeństwa, przerzucając ją na obywateli. Oznacza to, że ludzie sami decydują, czy się ubezpieczą i jaką polisę wykupią, czy też będą płacić bezpośrednio służbie medycznej za każde indywidualne świadczenie. W tym modelu dominuje sektor prywatny, a zakres świadczeń zależy od zamożności obywateli.

Artykuł koncentruje się na głównych zasadach bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, zaprezentowanych w koncepcjach programo-

² *Ibidem*, s. 138; J. Laskowski, *Polityka zdrowotna i zdrowie publiczne*, Warszawa 2018, s. 11.

³ *Ibidem*, s. 22–26; M. Paszkowska, *Polski system ochrony zdrowia*, Warszawa 2020, s. 15–20.

wych polskich rządów w XXI wieku, począwszy od gabinetu Leszka Millera, po drugi rząd Mateusza Morawieckiego (2019–2023). Pod względem zasadniczego celu w sferze zdrowotnej wszystkie rządy nie różniły się niczym, każdy z nich bowiem za najważniejsze zadanie uznawał zagwarantowanie obywatelom bezpieczeństwa zdrowotnego. L. Miller powiedział: „Celem programu [...] jest przywrócenie obywatelom naszego kraju poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego”. Premier Donald Tusk deklaruje: „Zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego jest konstytucyjnym obowiązkiem władzy publicznej”. Premier Beata Szydło stwierdziła: „Każdy polski obywatel ma czuć się bezpiecznie wtedy, kiedy potrzebuje pomocy medycznej”⁴. Jednak realizacja tych celów miała być odmienna. Postulowano różne koncepcje struktury systemu opieki zdrowotnej, różne środki finansowania i różne zmiany, mające usprawnić system i zapewnić większą jego wydajność. W artykule zostaną poddane analizie takie elementy, jak: 1) struktura systemu ochrony zdrowia, 2) finansowanie służby zdrowia, 3) prawa i obowiązki służby zdrowia oraz pacjentów. Celem jest zaprezentowanie, jak przedstawiały się na przestrzeni ostatnich 20 lat poglądy polskich decydentów na kwestie związane z polityką zdrowotną Polski.

1. Struktura systemu ochrony zdrowia

Spór o strukturę systemu ochrony zdrowia w XXI wieku koncentrował się pomiędzy jego centralizacją i decentralizacją. Pierwszą koncepcję propagowały gabinety Leszka Millera, Marka Belki, Kazimierza Marcinkiewicza, Jarosława Kaczyńskiego, Beaty Szydło i Mateusza Morawieckiego. Za drugą koncepcją opowiadały się rządy Donalda Tuska i Ewy Kopacz.

Koncepcja scentralizowanej służby zdrowia opierała się na 2 zasadach. Po pierwsze, było to wzmocnienie kontroli rządu i administracji rządowej nad funkcjonowaniem systemu służby zdrowia. Dążono do przejęcia całkowitej odpowiedzialności przez państwo za bezpieczeństwo zdrowotne obywateli poprzez tworzenie ogólnych i szczegółowych programów zdrowotnych, wdrażanie ich w życie i kontrolowanie ich realizacji przez placówki służby zdrowia. Po drugie, dążono do rozbudowania publicznej służby zdrowia jako podstawowej struktury chronią-

⁴ L. Miller, *Wystąpienie na 21 pos. Sejmu IV kadencji dnia 9 V 2002 roku*, Sejm RP, <https://www.sejm.gov.pl>; D. Tusk, *Wystąpienie na 2 pos. Sejmu VI kadencji dnia 23 XI 2007 roku*, Sejm RP, <https://www.sejm.gov.pl>; B. Szydło, *Wystąpienie na 1 pos. Sejmu VIII kadencji dnia 18 XI 2015 roku*, Sejm RP, <https://www.sejm.gov.pl> (10.12.2023).

cej zdrowie i życie obywateli. Podporządkowana ministrowi zdrowia oraz kierowana przez jedną, scentralizowaną organizację, miała skutecznie realizować politykę zdrowotną rządu na jednakowych zasadach. L. Miller powiedział: „Wzmocnimy odpowiedzialność rządu za politykę zdrowotną państwa”. Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł (2015–2018) stwierdził: „Władze państwowe są odpowiedzialne za to, aby każdemu zapewnić ochronę zdrowia”⁵.

Centralizacja służby zdrowia miała przynieść wymierne korzyści państwu i obywatelom. Po pierwsze, uważano, że dzięki temu doszłoby do ujednoczenia zasad funkcjonowania wszystkich placówek medycznych, dzięki czemu każdy z pacjentów byłby tak samo traktowany, niezależnie od statusu społecznego czy miejsca zamieszkania. Kontrola państwa nad służbą zdrowia miała zagwarantować każdemu obywatelowi powszechny i równy dostęp do świadczeń medycznych, zgodnie z jego potrzebami. Taka sytuacja byłaby niemożliwa w przypadku uniezależnienia służby zdrowia od państwa, jej komercjalizacji lub prywatyzacji, gdyż wówczas, jak twierdzono, placówki medyczne nastawione byłyby przede wszystkim na zysk, a nie na leczenie. Po drugie, przejście kontroli nad systemem służby zdrowia pozwoliłoby państwu na zorientowanie się w najważniejszych problemach i skuteczne ich zwalczanie lub ograniczenie w jak największym stopniu na obszarze całej Polski. Jednocześnie umożliwiłoby opracowanie katalogu metod, które należało wdrożyć, aby podnieść jakość usług medycznych, oraz ułatwiłoby znalezienie środków na ich sfinansowanie. Po trzecie, uważano, że tylko pełna odpowiedzialność państwa za służbę zdrowia umożliwiłaby konsekwentne podnoszenie statusu społecznego pracowników medycznych, co zapobiegłoby ich emigracji zarobkowej i utracie przez Polskę wykwalifikowanych specjalistów z różnych dziedzin. Dzięki tym zmianom bezpieczeństwo zdrowotne obywateli miało być zagwarantowane w jak największym stopniu. L. Miller powiedział: „Rząd musi reprezentować interesy pacjentów”. Zdaniem B. Szydło: „Jest potrzebna państwowa służba zdrowia”⁶.

⁵ L. Miller, *Wystąpienie na 2 pos. Sejmu IV kadencji dnia 25 X 2001 roku*, Sejm RP, <https://www.sejm.gov.pl>; K. Radziwiłł, *Wystąpienie na 38 pos. Sejmu VIII kadencji dnia 22 III 2017 roku*, Sejm RP, <https://www.sejm.gov.pl> (10.12.2023); zob. też: M. Łapiński, *Wystąpienie na 4 pos. Sejmu IV kadencji dnia 4 XII 2001*, Sejm RP, <https://www.sejm.gov.pl>; Z. Religa, *Wystąpienie na 19 pos. Sejmu V kadencji dnia 7 VI 2006 roku*, Sejm RP, <https://www.sejm.gov.pl> (10.12.2023); B. Szydło, *Wystąpienie na 1 pos. Sejmu....; Strategia rozwoju kraju 2007–2015*, Warszawa 2006, s. 39.

⁶ L. Miller, *Wystąpienie na 21 pos. Sejmu....*; B. Szydło, *Wystąpienie na 1 pos. Sejmu....*; zob. też: M. Łapiński, *Wystąpienie na 21 pos. Sejmu IV kadencji dnia 9 V 2002 roku*, Sejm RP, <https://www.sejm.gov.pl>; M. Morawiecki, *Wystąpienie na 54 pos. Sejmu*

Koncepcja zdecentralizowanej służby zdrowia miała opierać się na 2 zasadach. Pierwszą było rozbitcie scentralizowanej instytucji zdrowotnej na autonomiczne jednostki regionalne i placówki medyczne, mające dużą samodzielność pod względem organizacyjnym. Regionalne jednostki ochrony zdrowia podpisywałyby z placówkami kontrakty dotyczące świadczeń zdrowotnych, kierując się potrzebami na danym obszarze oraz jakością oferowanych świadczeń przez daną placówkę. Minister zdrowia zachowałby prawo kontroli jakości wykonywanych usług medycznych, natomiast bezpośredni nadzór miał należeć do samorządu terytorialnego. Drugą zasadą miała być konkurencja placówek medycznych między sobą o pozyskanie pacjentów, a wraz z nimi środków finansowych przeznaczonych dla nich na leczenie. Placówki lepsze, posiadające wykwalifikowany personel i oferujące wysokiej jakości usługi, miałyby więcej pacjentów i więcej pieniędzy niż placówki o gorszym standardzie leczenia. D. Tusk powiedział: „Trzeba oddać władzę tym, którzy chcą na miejscu zająć się ochroną zdrowia człowieka”. Według E. Kopacz, która w latach 2007–2011 była także ministrem zdrowia, społeczności lokalne „potrafią najlepiej rozwiązać lokalne problemy, związane z dostępnością do świadczeń medycznych”⁷.

Wśród argumentów zwolenników decentralizacji należy wymienić zapewnienie samodzielności placówkom medycznym. Uważano, że ich niezależność od struktur państwowych pozwoliłaby na większą elastyczność w działaniu, dostosowaną do lokalnych potrzeb, a nie uzależnioną od wytycznych z ministerstwa czy centralnej instytucji ochrony zdrowia. Twierdzono, że autonomiczne oddziały regionalne potrafiłyby lepiej niż władze w Warszawie zdiagnozować problemy występujące na danym terenie i przedstawić odpowiednią dla nich ofertę świadczeń. Drugim argumentem miała być konkurencyjność. Uważano, że placówki ochrony zdrowia powinny utrzymywać się same poprzez pozyskiwanie jak największej ilości pacjentów i związanych z nimi środków finansowych. Wymuszało to na nich ulepszanie standardów leczenia i wzrost kompetencji personelu, w efekcie dążono do sytuacji, w której zostałyby tylko dobre zakłady zdrowotne, natomiast złe upadłyby z powodu braku zapo-

VIII kadencji dnia 12 XII 2017 roku, Sejm RP, <https://www.sejm.gov.pl> (10.12.2023); Z. Religa, *Wystąpienie na 19 pos. Sejmu...*; *Polski model państwa dobrobytu. Program Prawa i Sprawiedliwości 2019*, Warszawa 2019, s. 68.

⁷ D. Tusk, *Wystąpienie na 2 pos. Sejmu...*; E. Kopacz, *Wystąpienie na 20 pos. Sejmu VI kadencji dnia 25 VII 2008 roku*, Sejm RP, <https://www.sejm.gov.pl> (10.12.2023); zob. też: E. Kopacz, *Wystąpienie na 8 pos. Sejmu VI kadencji dnia 6 II 2008 roku*, Sejm RP, <https://www.sejm.gov.pl>; B. Arłukowicz, *Wystąpienie na 37 pos. Sejmu VII kadencji dnia 4 IV 2013 roku*, Sejm RP, <https://www.sejm.gov.pl> (10.12.2023); *Następny krok razem. Program wyborczy PO 2011*, Warszawa 2011, s. 116.

trzebowania na ich usługi. D. Tusk powiedział: „Konkurencyjność jest wypróbowaną metodą podniesienia jakości oferowanych świadczeń zdrowotnych”. Minister zdrowia Bartosz Arłukowicz (2011–2015) stwierdził: „Musimy zacząć premiować tych, którzy proponują pacjentom jakość”⁸.

Zwolennicy obu opcji zgadzali się, że system ochrony zdrowia powinien opierać się na lekarzach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), zwanych też lekarzami rodzinnymi. Ich zadaniem miało być wstępne zdiagnozowanie pacjenta i podjęcie decyzji o leczeniu podstawowym lub skierowaniu na badania specjalistyczne. Lekarz POZ miałby największą wiedzę na temat zdrowia i dotychczasowego leczenia pacjenta i, najczęściej się z nim kontaktując, mógłby mu najlepiej pomóc. Uważano, że wiele chorób może być wyleczonych podczas leczenia podstawowego, co zmniejszyłoby obciążenie lekarzy specjalistów i umożliwiło im zajęcie się chorobami ciężkimi. Minister zdrowia Leszek Sikorski (2003–2004) powiedział: „Lekarz rodzinny jest z założenia fundamentem systemu, będąc najbliższym pacjenta”. Według K. Radziwiłła: „Pacjent jest w systemie zagubiony i potrzebne mu jest wsparcie koordynatora na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej”. Doceniając lekarzy POZ, B. Arłukowicz proponował: „Chcemy premiować lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, którzy będą wyróżniali się dużą skutecznością i efektywnością”⁹.

2. Finansowanie służby zdrowia

W przypadku finansowania służby zdrowia można wyróżnić dwie strony sporu: pierwsza chciała finansować służbę zdrowia przede wszystkim z budżetu państwa, druga natomiast ze składek ubezpieczeniowych. Podział między nimi przebiegał tak samo, jak w przypadku koncepcji centralizacji i decentralizacji.

Zwolennicy finansowania budżetowego zakładali, że przeważająca większość środków finansowych na opiekę zdrowotną powinna pochodzić z budżetu państwa, czyli z podatków. Chcąc zwiększyć efektywność

⁸ D. Tusk, *Wystąpienie na 2 pos. Sejmu...*; B. Arłukowicz, *Wystąpienie na 37 pos. Sejmu...*; zob. także: E. Kopacz, *Wystąpienie na 8 pos. Sejmu...*; *eadem*, *Wystąpienie na 20 pos. Sejmu...*; *Następny krok...*, s. 116.

⁹ L. Sikorski, *Wystąpienie na 48 pos. Sejmu IV kadencji dnia 9 V 2003 roku*, Sejm RP, <https://www.sejm.gov.pl>; K. Radziwiłł, *Wystąpienie na 50 pos. Sejmu VIII kadencji dnia 27 X 2017 roku*, Sejm RP, <https://www.sejm.gov.pl>; *Wystąpienie na 70 pos. Sejmu VII kadencji dnia 24 VI 2014 roku*, Sejm RP, <https://www.sejm.gov.pl> (10.12.2023).

działania służby zdrowia, postulowali coroczne zwiększanie środków pieniężnych w budżecie państwa na opiekę medyczną, uzależnione od możliwości finansowych. Z pieniędzy publicznych chciano opłacać świadczenia chroniące życie i przywracające zdrowie pacjenta, takie jak ratownictwo medyczne, zabiegi rehabilitacyjne, świadczenia pielęgnacyjne nad osobami niepełnosprawnymi i ciężko chorymi, a także refundowanie najbardziej potrzebnych leków. Postulowano stworzenie koszyka świadczeń gwarantowanych, które przysługiwałyby każdemu obywatelowi, niezależnie od jego sytuacji materialnej. Wśród nich wymieniano m.in. leczenie onkologiczne, kardiologiczne i ortopedyczne łącznie z zabiegami chirurgicznymi. Z budżetu chciano również sfinansować budowę szpitali publicznych, tworzenie i realizację różnych programów zdrowotnych i profilaktycznych, a także podnoszenie płac pracownikom służby zdrowia. Nie rezygnowano z ubezpieczeń i związanych z nimi składek, ale to podatki powinny stanowić podstawę systemu finansowania systemu służby zdrowia. K. Marcinkiewicz powiedział: „Sfera zdrowia publicznego będzie finansowana z budżetu państwa”. L. Miller postulował „równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków publicznych”¹⁰.

Potrzebę finansowania budżetowego wyjaśniano większą dbałością o życie i zdrowie obywateli. Uważano, że dzięki pieniądзом pochodzącym z podatków służba zdrowia będzie bezpłatna i dostępna dla wszystkich, niezależnie od ich statusu materialnego, zwłaszcza zaś poprawiłaby się opieka nad najbiedniejszymi, których nie stać na leczenie w placówkach komercyjnych. Pieniądze budżetowe, finansujące różnego rodzaju programy zdrowotne i profilaktyczne, zapewniłyby również to, że podniesione zostałyby standardy leczenia i opieki, polepszyłaby się jakość świadczeń oraz zwiększyłby się ich zasięg, ponieważ rząd, zwiększając wydatki, jednocześnie dbałby o ich odpowiednie wykorzystanie, skutkujące zwiększeniem bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Zdaniem B. Szydło: „Polacy mają prawo do kompleksowej opieki zdrowotnej”.

¹⁰ K. Marcinkiewicz, *Wystąpienie na 2 pos. Sejmu V kadencji dnia 10 XI 2005 roku*, Sejm RP, <https://www.sejm.gov.pl> (10.12.2023); L. Miller, *Wystąpienie na 21 pos. Sejmu...*; zob. także: *idem*, *Wystąpienie na 50 pos. Sejmu IV kadencji dnia 13 VI 2003 roku*, Sejm RP, <https://www.sejm.gov.pl>; B. Szydło, *Wystąpienie na 39 pos. Sejmu VIII kadencji dnia 7 IV 2017 roku*, Sejm RP, <https://www.sejm.gov.pl>; A. Niedzielski, *Wystąpienie na 70 pos. Sejmu IX kadencji dnia 11 I 2023 roku*, Sejm RP, <https://www.sejm.gov.pl>; M. Morawiecki, *Wystąpienie na 1 pos. Sejmu IX kadencji dnia 19 XI 2019 roku*, Sejm RP, <https://www.sejm.gov.pl> (10.12.2023); M. Łapiński, *Wystąpienie na 21 pos. Sejmu...*; Z. Religa, *Wystąpienie na 19 pos. Sejmu...*; M. Morawiecki, *Wystąpienie na 54 pos. Sejmu...*; K. Radziwiłł, *Wystąpienie na 38 pos. Sejmu...*; *Strategia rozwoju...*, s. 39.

Według L. Sikorskiego każdy pacjent powinien „korzystać ze świadczeń zdrowotnych w najlepszy, najbardziej przyjazny dla niego sposób”¹¹.

Zwolennicy finansowania ubezpieczeniowego zakładali wprowadzenie instytucji ubezpieczeniowych, które pobierałyby składki na leczenie od obywateli i w ten sposób zdobywałyby pieniądze na finansowanie świadczeń medycznych. Składki miały być dwojakiego rodzaju: obowiązkowe, zapewniające każdemu ubezpieczonemu koszyk świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia i rehabilitacji, oraz dobrowolne, dzięki którym pacjent mógł liczyć na dodatkowe usługi medyczne, często o podwyższonym standardzie. Pieniądze ze składek przeznaczone byłyby tylko na usługi medyczne i pensje dla personelu medycznego. Każda instytucja zarządzająca składkami podpisywałaby kontrakty z placówkami medycznymi na wykonywanie odpowiednich świadczeń, zaś pacjent mógł sam zdecydować, do której instytucji ubezpieczeniowej chciałby należeć i do której placówki medycznej uczęszczać. W ten sposób jego pieniądze ze składek finansowałyby danego ubezpieczyciela oraz wybraną przez pacjenta placówkę służby zdrowia. Nie rezygnowano z finansowania budżetowego, jednak chciano ograniczyć je jedynie do ratowania życia pacjentów (np. ratownictwo medyczne), tworzenia programów polityki zdrowotnej, kształcenia personelu i procedur wysokospecjalistycznych. D. Tusk powiedział: „Chcemy, aby każdy obywatel decydował, jak wydaje i gdzie wydaje swoje pieniądze na ochronę zdrowia”. E. Kopacz stwierdziła: „System opieki zdrowotnej ma być zorganizowany dla pacjenta i wokół niego”¹².

Finansowanie świadczeń ze składek ubezpieczeniowych tłumaczono potrzebą wprowadzenia konkurencyjności w świadczeniach medycznych. Uważano, że to pacjent powinien decydować, jaką placówkę medyczną wybierze i gdzie pójdą pieniądze z jego składek. Oznaczało to więc, z jednej strony, potrzebę zabiegania każdej placówki zdrowotnej o osoby ubezpieczone, ponieważ dzięki temu zyskiwałyby więcej pieniędzy ze składek. Z drugiej strony, pozyskiwanie pacjentów wymagało podnoszenia jakości usług medycznych, co z kolei byłoby korzystne dla

¹¹ B. Szydło, *Wystąpienie na 39 pos. Sejmu...*; L. Sikorski, *Wystąpienie na 59 pos. Sejmu IV kadencji dnia 23 X 2003 roku*, Sejm RP, <https://www.sejm.gov.pl> (10.12.2023); zob. też: L. Miller, *Wystąpienie na 21 pos. Sejmu...*; K. Marcinkiewicz, *Wystąpienie na 2 pos. Sejmu...*; Z. Religa, *Wystąpienie na 19 pos. Sejmu...*; K. Radziwiłł, *Wystąpienie na 38 pos. Sejmu...*; A. Niedzielski, *Wystąpienie na 70 pos. Sejmu...*; *Polski model...*, s. 67.

¹² D. Tusk, *Wystąpienie na 2 pos. Sejmu...*; E. Kopacz, *Wystąpienie na 20 pos. Sejmu...*; zob. też: *eadem*, *Wystąpienie na 8 pos. Sejmu...*; B. Arłukowicz, *Wystąpienie na 37 pos. Sejmu...*; *idem*, *Wystąpienie na 70 pos. Sejmu...*; *Następny krok...*, s. 116; *Polska przyszłości. Program Platformy Obywatelskiej*, Warszawa 2015, s. 44.

potrzebujących opieki zdrowotnej. Odebranie pieniędzy na leczenie budżetowi państwa i przekazanie ich autonomicznym jednostkom miało także tę zaletę, że każda z nich również na swoim terenie działania musiała zadbać o odpowiednią jakość i ilość usług medycznych istniejących placówek, aby ludzie nie rezygnowali z jej usług i nie przenosili swoich składek do innej jednostki. Wprowadzenie możliwości dodatkowych, dobrowolnych składek zapewniało ubezpieczonym jeszcze lepsze standardy opieki medycznej, tym samym zwiększało ich bezpieczeństwo zdrowotne. D. Tusk powiedział: „Fundusz, w którym ubezpieczy się pacjent, powinien swoim uczestnikom zapewnić optymalną dostępność i jakość świadczeń zdrowotnych”. Według E. Kopacz „pacjent musi mieć pewność, że za swoją składkę ubezpieczeniową [...] trafi do zakładu opieki zdrowotnej [...] bez kolejki, bez łapówki, z poszanowaniem jego praw i godności”¹³.

3. Prawa i obowiązki służby zdrowia oraz pacjentów

W stosunku do praw personelu medycznego i pacjentów nie było zasadniczej różnicy w ogólnych koncepcjach politycznych polskich rządów. Uznawano, że pracownicy służby zdrowia powinni otrzymywać należyte wynagrodzenie za swoją pracę, zapewniające odpowiedni status materialny. Miało to przejawiać się w stałym podnoszeniu wynagrodzeń lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych i innych członków personelu medycznego, zapewnieniu szans awansu zawodowego i podnoszenia kwalifikacji tym, którzy są lepsi od innych w swoim zawodzie oraz ułatwieniu młodym lekarzom dostępu do różnych specjalizacji poprzez zwiększanie liczby rezydentur. Uważano, że godziwa płaca oraz połączenie wysokości wynagrodzenia z kwalifikacjami i jakością pracy powinny zachęcić młodych ludzi do podejmowania zatrudnienia w służbie zdrowia, zahamować emigrację zarobkową pracowników służby zdrowia oraz przyciągnąć do Polski personel, który już wcześniej wemigrował. D. Tusk powiedział: „Pielęgniarki i lekarze muszą pracować za godziwe pieniądze”. Zdaniem B. Szydło: „Lekarze, pielęgniarki, ratownicy i inni pracownicy służby zdrowia powinni być wysoko i bardzo wysoko wynagradzani”¹⁴.

¹³ D. Tusk, *Wystąpienie na 2 pos. Sejmu...*; E. Kopacz, *Wystąpienie na 20 pos. Sejmu...*; zob. też: *eadem*, *Wystąpienie na 8 pos. Sejmu...*; B. Arłukowicz, *Wystąpienie na 37 pos. Sejmu...*; *idem*, *Wystąpienie na 70 pos. Sejmu...*; *Polska przyszłości...*, s. 44.

¹⁴ D. Tusk, *Wystąpienie na 2 pos. Sejmu...*; B. Szydło, *Wystąpienie na 1 pos. Sejmu...*; zob. też: K. Marcinkiewicz, *Wystąpienie na 4 pos. Sejmu V kadencji dnia 7 XII*

Z prawami personelu medycznego wiązano określone obowiązki. Pierwszym było posiadanie przez członków służby zdrowia odpowiedniej wiedzy i umiejętności oraz stałe ich doskonalenie, ponieważ był to warunek skutecznego świadczenia usług zdrowotnych. Drugi związany był z jakością i ilością wykonywanej pracy. Uważano, że należało kontrolować personel medyczny, w jaki sposób wypełnia swoje obowiązki, co wiązało się z systemem nagród i kar, w zależności od wypełniania lub niewypełniania obowiązków. Trzecim natomiast był zakaz korupcji i zwalczanie tego procederu wśród personelu medycznego. Uważano, że właściwe wynagrodzenie powinno zapewnić lekarzom, pielęgniarkom i ratownikom na tyle dobre warunki materialne, że nie byłyby im potrzebne dodatkowe, nielegalne środki finansowe. Minister zdrowia Zbigniew Religa (2005–2007) powiedział o pracownikach służby zdrowia: „Od nich wymaga się umiejętności i wiedzy na najwyższym poziomie”. E. Kopacz stwierdziła: „Chcę ich nauczyć praktycznego wykonywania zawodu”, ponieważ od tego zależy „troska o polskich pacjentów”¹⁵.

Jeszcze większe uprawnienia przyznawano pacjentom. Zgodnie z koncepcjami rządowymi pacjent miał prawo dostępu do świadczeń zdrowotnych na odpowiednim do jego potrzeb poziomie oraz do jednakowego traktowania z innymi przez personel medyczny, niezależnie od statusu materialnego i społecznego. Oznaczało to potrzebę stworzenia takiego systemu, w którym człowiek miałby w każdym momencie dostęp do pomocy medycznej oraz zapewnioną całkowitą opiekę zdrowotną od diagnostyki po zupełne wyleczenie. Minister zdrowia Mariusz Łapiński (2001–2003) powiedział: „Trzeba przywrócić równy dostęp do świadczeń zdrowotnych”. Zdaniem E. Kopacz „dobro pacjenta powinno być wyznacznikiem wszystkich celów stawianych przed systemem ochrony zdrowia”. K. Radziwiłł stwierdził, że pacjenci „liczą na dobrze funkcjonujący system służby zdrowia, zapewniający im bezpieczną, dobrej jakości [...] opiekę zdrowotną”¹⁶. Jednak można dostrzec dwie postawy wobec pacjentów. Pierwsza zakładała równe prawo pacjenta, ubezpieczonego lub nieubezpieczonego, do bezpłatnego leczenia finansowanego z budżetu państwa. M. Łapiński powiedział: „Chcemy objąć

2005 roku, Sejm RP, <https://www.sejm.gov.pl>; E. Kopacz, *Wystąpienie na 76 pos. Sejmu VII kadencji dnia 1 X 2014 roku*, Sejm RP, <https://www.sejm.gov.pl> (10.12.2023).

¹⁵ Z. Religa, *Wystąpienie na 19 pos. Sejmu...*; E. Kopacz, *Wystąpienie na 76 pos. Sejmu VI kadencji dnia 27 X 2010 roku*, Sejm RP, <https://www.sejm.gov.pl> (10.12.2023); zob. też: M. Łapiński, *Wystąpienie na 21 pos. Sejmu...*; E. Kopacz, *Wystąpienie na 20 pos. Sejmu...*

¹⁶ M. Łapiński, *Wystąpienie na 21 pos. Sejmu...*; E. Kopacz, *Wystąpienie na 8 pos. Sejmu...*; K. Radziwiłł, *Wystąpienie na 52 pos. Sejmu VIII kadencji dnia 22 XI 2017 roku*, Sejm RP, <https://www.sejm.gov.pl> (10.12.2023).

opieką wszystkich obywateli kraju”. K. Radziwiłł stwierdził: „Trzeba każdemu obywatelowi zapewnić równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych”¹⁷. Druga zakładała, że jedynie ubezpieczeni mogą żądać pełnej opieki medycznej, nieubezpieczeni natomiast powinni liczyć przede wszystkim na bezpłatną opiekę w sytuacji zagrożenia życia. Oznaczało to, że zwolennicy finansowania budżetowego nie wymagali od pacjentów żadnych obowiązków, zaś zwolennicy finansowania ubezpieczeniowego żądali, aby w powiązaniu z prawami pacjenci musieli zobowiązać się do uiszczania składek na poczet ewentualnego leczenia lub, jeśli tego by nie zrobili, do opłacania na bieżąco świadczeń medycznych. E. Kopacz stwierdziła: „Nie ma takiego kraju na świecie, gdzie wszystkie usługi medyczne byłyby bezpłatne”¹⁸.

Zakończenie

Spór o założenia polityki bezpieczeństwa zdrowotnego Polski w XXI wieku toczył się na dwóch głównych płaszczyznach: struktury służby zdrowia i sposobu jej finansowania. Pierwsza opcja, zakładająca scentralizowaną służbę zdrowia i finansowanie z budżetu państwa, dominowała w latach 2001–2007 oraz 2015–2023. Druga opcja, zakładająca decentralizację służby zdrowia i finansowanie ze składek ubezpieczeniowych, dominowała w latach 2007–2015. Obie starały się narzucić swoją narrację i odpowiednie rozwiązania systemowi służby zdrowia, jednak w jednym i drugim przypadku nie było to możliwe. Zwolennicy modelu budżetowego musieli pogodzić się z systemem ubezpieczeń zdrowotnych, dążąc jednak do zwiększenia nad nim państwowej kontroli i do wzrostu nakładów budżetowych, które przewyższyłyby dochody ze składek, aby w przyszłości móc zredukować te składki. Zwolennicy modelu ubezpieczeniowego musieli pogodzić się z istnieniem budżetowego finansowania służby zdrowia, ale chcieli je ograniczyć tylko do pewnych rodzajów świadczeń, a także z istnieniem jednej struktury ochrony zdrowia, próbując ją jednak w jak największym stop-

¹⁷ M. Łapiński, *Wystąpienie na 21 pos. Sejmu...*; L. Sikorski, *Wystąpienie na 59 pos. Sejmu...*; Z. Religa, *Wystąpienie na 19 pos. Sejmu...*; E. Kopacz, *Wystąpienie na 8 pos. Sejmu...*; eadem, *Wystąpienie na 20 pos. Sejmu...*; B. Arłukowicz, *Wystąpienie na 70 pos. Sejmu...*; K. Radziwiłł, *Wystąpienie na 38 pos. Sejmu...*; A. Niedzielski, *Wystąpienie na 70 pos. Sejmu...*

¹⁸ E. Kopacz, *Wystąpienie na 8 pos. Sejmu...*; zob. też: eadem, *Wystąpienie na 20 pos. Sejmu...*; B. Arłukowicz, *Wystąpienie na 70 pos. Sejmu...*

niu zdecentralizować. W efekcie system służby zdrowia w XXI wieku ulegał różnym zmianom i przekształceniom w zależności od opcji, która sprawowała w Polsce władzę.

Bibliografia

- Konieczny J., *Bezpieczeństwo zdrowia publicznego w zagrożeniach środowiskowych. Studium metodologiczno-edukacyjne w perspektywie zrównoważonego rozwoju*, Poznań 2016.
- Laskowski J., *Polityka zdrowotna i zdrowie publiczne*, Warszawa 2018.
- Następny krok razem. Program wyborczy PO 2011*, Warszawa 2011.
- Paszkowska M., *Polski system ochrony zdrowia*, Warszawa 2020.
- Polska przyszłości. Program Platformy Obywatelskiej RP*, Warszawa 2015.
- Polski model państwa dobrobytu. Program Prawa i Sprawiedliwości 2019*, Warszawa 2019.
- Strategia rozwoju kraju 2007–2015*, Warszawa 2006.
- Strona internetowa Sejmu RP, <https://www.sejm.gov.pl>.

The main principles of Poland's health security in the political concepts of Polish governments in the 21st century

Abstract

The article discusses the principles of Poland's health security in the concepts of Polish governments since 2001. These were the offices led by: Leszek Miller (2001–2004), Marek Belka (2004–2005), Kazimierz Marcinkiewicz (2005–2006), Jarosław Kaczyński (2006–2007), Donald Tusk (2007–2014), Ewa Kopacz (2014–2015), Beata Szydło (2015–2017) and Mateusz Morawiecki (2017–2023). Various concepts of the structure of the health care system, various financing measures and various changes aimed at improving the system and ensuring its greater efficiency were analyzed. The article characterizes such elements as: 1) the structure of the health care system, 2) financing of the health service, 3) rights and obligations of the health service and patients.

Keywords: health security, health policy in Poland