

Małgorzata Bielecka

(Koszalin University of Technology, Poland)  
<https://orcid.org/0000-0002-2318-2877>  
 e-mail: malgorzata.bielecka2019@gmail.com









## Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce (1989–2003)

*Transformation of the Health Care System in Poland (1989–2003)*

### ABSTRACT

The social and political transformation that took place at the turn of 1989/1990 in Poland changed many areas of social life. One of them was health protection. Socio-political changes have fundamentally changed the health care sector, introducing new principles of operation of the health service and completely different financing. This study attempts to determine the transformation of the health care system in Poland at the turn of 1989/1990 and how the systemic transformation influenced changes in the health care sector. Its fundamental transformation began at the turn of 1989/1990, and quite important changes took place in 1997–2003. The hypothesis in question will be verified by the following research methods: behavioral and institutional-legal.

**Key words:** political transformation, health care system, health care, health policy, health safety

PUBLICATION INFO			
			e-ISSN: 2449-8467 ISSN: 2082-6060
			
THE AUTHOR'S ADDRESS: Małgorzata Bielecka, the Faculty of Humanities of the Koszalin University of Technology, 6e Kwiatkowskiego Street, Koszalin 75-343, Poland			
SOURCE OF FUNDING: Financed from the author's own funds			
SUBMITTED: 2021.07.19	ACCEPTED: 2022.05.06	PUBLISHED ONLINE: 2022.12.14	
WEBSITE OF THE JOURNAL: <a href="https://journals.umcs.pl/rh">https://journals.umcs.pl/rh</a>		EDITORIAL COMMITTEE E-mail: reshistorica@umcs.pl	
			

## STRESZCZENIE

Transformacja ustrojowo-polityczna, jaka dokonała się na przełomie 1989/1990 r. w Polsce, zmieniła wiele obszarów życia społecznego. Jednym z nich była ochrona zdrowia. Zmiany społeczno-polityczne zasadniczo zmieniły sektor ochrony zdrowia, wprowadzając nowe zasady działania służby zdrowia, a także zupełnie odmienne finansowanie. W niniejszym opracowaniu starano się przedstawić transformację systemu ochrony zdrowia w Polsce na przełomie 1989/1990 roku oraz odpowiedzieć na pytanie jak transformacja ustrojowa wpłynęła na zmiany w sektorze ochrony zdrowia. Polski sektor ochrony zdrowia przechodził liczne przeobrażenia. Jego zasadnicza transformacja rozpoczęła się na przełomie 1989/1990 r., a dość ważne przemiany zaszły w latach 1997–2003. Przedmiotowa hipoteza będzie weryfikowana za pomocą następujących metod badawczych: behawioralnej oraz instytucjonalno-prawnej.

**Słowa kluczowe:** transformacja ustrojowa, system ochrony zdrowia, służba zdrowia, polityka zdrowotna, bezpieczeństwo zdrowotne

## WSTĘP

Transformacja ustrojowo-polityczna, jaka dokonała się na przełomie lat 1989/1990 w Polsce, zmieniła wiele obszarów życia społecznego. Jednym z nich była ochrona zdrowia, która w systemie nakazowo-rozdzielczym, opierała się na zupełnie innej filozofii. Również finansowanie ochrony zdrowia, miało odmienne założenia niż obecnie.

Radykalne zmiany polityczne i ustrojowe przyspieszyły transformację również w tym segmencie. System ochrony zdrowia musiał ulec daleko idącym przewartościowaniom. W związku z powyższym, ukonstytuowana nowa władza starała się zreformować opiekę zdrowotną. O tym, że był to problematyczny sektor, nie trzeba chyba nikogo przekonywać, mimo wszystko nie było wiadomo, jak ma wyglądać ów nowy system.

W niniejszym artykule podjęto próbę przedstawienia transformacji systemu ochrony zdrowia w Polsce na przełomie 1989 i 1990 r. Zasadniczym celem badawczym niniejszego artykułu, jest określenie, jak transformacja ustrojowa wpłynęła na zmiany w sektorze ochrony zdrowia.

Sformułowano następującą hipotezę badawczą: zmiany społeczno-polityczne zasadniczo zmieniły sektor ochrony zdrowia, wprowadzając nowe zasady działania służby zdrowia, a także zupełnie odmienne finansowanie. Przedmiotowa hipoteza będzie weryfikowana za pomocą następujących metod badawczych: behawioralnej oraz instytucjonalno-prawnej<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> A.J. Chodubski, *Wstęp do badań politologicznych*, Gdańsk 2006, s. 119–120.

## POJĘCIE SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA I JEGO DETERMINANTY

W ogólnych definicjach systemu, przytaczanych w literaturze przedmiotu, podkreśla się, że jest to spójna całość, w której współzależności występujące pomiędzy poszczególnymi elementami systemu są podporządkowane wspólnemu celowi<sup>2</sup>. Tym celem, w przypadku systemu ochrony zdrowia, jest bezpieczeństwo zdrowotne państwa, czyli zapewnienie odpowiadającego oczekiwaniom społeczeństwa stanu zdrowia ogółu populacji<sup>3</sup>.

System ochrony zdrowia nie funkcjonuje w oderwaniu od innych systemów występujących w państwie; stanowi integralną część systemu gospodarczego, politycznego oraz społecznego. Sprawność systemu ochrony zdrowia, polegająca przede wszystkim na realizacji potrzeb zdrowotnych określonej zbiorowości, uzależniona jest więc od wielu czynników z wyżej wymienionych obszarów.

Warto podkreślić, że system ochrony zdrowia – poza zapewnieniem świadczeń zdrowotnych – pełni także m.in. funkcje: pracodawcy, zarządcze, polityczne oraz podmiotu kreującego popyt na dobra konsumpcyjne<sup>4</sup>. Porównanie systemu ochrony zdrowia do innych podsystemów gospodarczych prowadzi do wskazania dwóch podstawowych kwestii, które stanowią przedmiot dyskusji, tj. problemu niedoskonałości wielu rynków ochrony zdrowia oraz kwestii zapewnienia warunków do efektywnej alokacji zasobów w systemie.

Jak każdy system, system ochrony zdrowia można również zdefiniować jako obszar powiązań pomiędzy uczestnikami o charakterze kontrolnym, nadzorczym czy sprawozdawczym. Rozkład funkcji i ról pełnionych przez uczestników zależy od kompleksowości systemu.

Charakterystyczną cechą systemu ochrony zdrowia jest mnogość i różnorodność podmiotów zaangażowanych w działalność tego sektora. Złożoność występujących interakcji pomiędzy nimi powoduje, że współcześnie ważnym elementem staje się zintensyfikowanie prac w zakresie monitorowania przepływu środków finansowych i właściwej alokacji zasobów dla tego sektora. Zasoby te wykorzystywane mogą być do działań o charakterze prewencyjnym (profilaktyka chorób i edukacja zdrowotna), jak i zachowawczym (leczenie objawów choroby).

<sup>2</sup> C. Włodarczyk, S. Poździuch, *Systemy zdrowotne, zarys problematyki*, Kraków 2001, s. 14.

<sup>3</sup> J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*, Warszawa 2004, s. 15.

<sup>4</sup> M. Dercz, *Samorząd terytorialny w ochronie zdrowia*, Warszawa 2005, s. 40.

W skład struktury systemu ochrony zdrowia zalicza się podmioty, które działają w sferze realnej oraz w sferze regulacyjnej<sup>5</sup>. Podmioty sfery realnej są przede wszystkim zaangażowane w opiekę zdrowotną, natomiast w sferze regulacyjnej wyróżnia się następujące elementy: władzę ustawodawczą, administrację rządową, administrację samorządową, samorządy zawodów medycznych, płatnika (jeśli w systemie jest wyodrębniony), szkolnictwo wyższe (w zakresie kształcenia kadr medycznych).

Jak zatem można zauważyć, główną determinantą systemu ochrony zdrowia jest aspekt ekonomiczny. Od dłuższego czasu w łonie Unii Europejskiej toczy się dyskusja nad przyszłym modelem ochrony zdrowia. Niektórzy badacze podkreślają, że rozmaite czynniki wpływają na dyskryminację w świadczeniu usług medycznych. Wymienia się tu między innymi:

- zasady definiowania uprawnień do świadczeń,
- zasady opłat i dopłat,
- zakres koszyka świadczeń gwarantowanych,
- odległość geograficzna,
- możliwość wyboru świadczeniodawcy,
- reguły działania systemu ochrony zdrowia,
- preferencje pacjentów<sup>6</sup>.

Pojawienie się problemów w systemach ochrony zdrowia nie jest tylko problemem Polski, ale w zasadzie całego świata. Zarówno w krajach unijnych, jak i w Stanach Zjednoczonych uwypukla się ten problem, podczas gdy politycy debatują w jaki sposób zmienić obowiązujący system opieki zdrowotnej w ten sposób, aby nie generował nierówności<sup>7</sup>.

Reasumując, funkcjonujący system ochrony zdrowia sprawia decydom wiele problemów. Na problem ten nakładają się inne, takie jak kryzys finansowy, starzenie się społeczeństwa, nieefektywność państwowych (publicznych) służb ochrony zdrowia.

Wobec powyższego powstaje grono licznych w polskim systemie politycznym grup interesu, które starają się uczestniczyć w procesach decyzyjnych, wspierać, a czasem wprowadzać swoje pomysły na rewitalizację opieki zdrowotnej i wprowadzenie bardziej efektywnego systemu ochrony zdrowia. Nie ulega wątpliwości, iż bez odpowiednich nakładów na ochronę zdrowia jakiegokolwiek zmiany będą miały charakter fragmentaryczny i zarazem nie będą reformować systemu, tylko go deformować.

---

<sup>5</sup> S. Poździej, C. Włodarczyk, *Pojęcie i zakres zdrowia publicznego*, w: *Zdrowie publiczne – wybrane zagadnienia*, t. 1, red. A. Czupryna et al., Kraków 2000, s. 17–20.

<sup>6</sup> Confer M. Wismar et al., *European Observatory on Health Systems and Policies*, „Observatory Studies Series” 2011, 22, s. 49.

<sup>7</sup> *Ibidem*, s. 52.

W Polsce brakuje spójnej i konsekwentnej polityki zdrowotnej zgodnej z wskazaniem europejskimi i sytuacją epidemiologiczną. Wynika to po części z niekonsekwencji systemowych, prawnych, a także błędów podejmowanych przez poszczególne ekipy rządzące, które nie umiały przeprowadzić szerokiej debaty o polityce zdrowotnej i wdrożyć ją w życie. Problemem, który nabrzmiał w przeciągu lat, było zjawisko utrudnionego dostępu do służby zdrowia, co wynikało po części z braku zrozumienia idei ochrony zdrowia. Kolejnym problemem, o którym wspomniano, jest zjawisko niskich nakładów środków publicznych na politykę zdrowotną. Nie rozwiązany został problem składki zdrowotnej, czy kwestie ubezpieczenia. Naprawy wymaga wdrożenie odpowiedniej koordynacji służb odpowiedzialnych za poszczególne działy medyczne<sup>8</sup>.

#### ORGANIZACJA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA PRZED 1989 R.

Zakończenie I wojny światowej spowodowało, że polski system prawny był dość mocno rozczłonkowany. Na terenach należących po poszczególnych zaborców funkcjonowały systemy: niemiecki, austro-węgierski czy rosyjski. To z kolei powodowało, że rządzący musieli podjąć zdecydowane i konsekwentne decyzje dotyczące odbudowy systemu prawnego, w tym także zorganizować zręby ochrony zdrowia na ziemiach polskich. Aktem prawnym, który określał podstawowe kwestie związane z ubezpieczeniami i wypadkami, był Dekret z 11 stycznia 1919 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby<sup>9</sup>. Na podstawie przedmiotowego dekretu utworzono kasy chorych, po jednej w każdym powiecie. W miastach, mających ponad 50 tysięcy ludności, utworzono miejskie kasy chorych<sup>10</sup>. Zakładano, że obowiązkowi ubezpieczenia podlegają wszyscy utrzymujący się z pracy najemnej. Ustawodawca wymieniał między innymi robotników, pomocników, czeladników, zatrudnionych w przemyśle i służbie domowej, pracowników administracji, banków, nauczycieli, wychowawców, chałupników i innych<sup>11</sup>.

---

<sup>8</sup> M. Magnuszewska-Otulak, *Wybrane problemy polityki zdrowotnej w Polsce*, <http://www.problemypolitykispolecznej.pl/pdf-123176-51333?filename=Wybrane%20problemy%20polityki.pdf> [dostęp: 9 III 2021].

<sup>9</sup> Dekret z dnia 11 stycznia 1919 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, podpisany przez Naczelnika Państwa J. Piłsudskiego, „Dziennik Praw Państwa Polskiego” 1919, nr 9, poz. 122.

<sup>10</sup> Art. 1 Dekretu z dnia 11 stycznia 1919 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, podpisany przez Naczelnika Państwa J. Piłsudskiego, *ibidem*.

<sup>11</sup> Art. 5 Dekretu, *ibidem*.

System ubezpieczeń społecznych z kolei został uregulowany Ustawą z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby<sup>12</sup>. Ustawa tworzyła kasy chorych na jeden powiat, a także resortowe kasy chorych, do których należeli pracownicy kolei państwowych<sup>13</sup>.

Ustawa w dziedzinie ubezpieczeń społecznych była jedną z nowocześniejszych regulacji w Europie, można stwierdzić, że niektórymi rozwiązaniami wyprzedzała inne kraje europejskie<sup>14</sup>. Wytyczne w zakresie postępowania z pacjentami zalecały stosowanie pełnej życzliwości i wyrozumiałości ze strony pracowników w stosunku do ubezpieczonych w przypadku nieznamośności przepisów, uregulowano załatwianie spraw ubezpieczonych, zalecano stosowanie wszelkiego rodzaju pouczeń.

Mimo że ustawa wprowadzała obowiązek ubezpieczeniowy, to w 1938 r. tylko około 2,2 mln osób podlegało ubezpieczeniu<sup>15</sup>. Pojawiające się zastrzeżenia co do pracy kas chorych spowodowały, że w latach trzydziestych XX w. zlikwidowano znaczną ich część. Ostatecznie Ustawą z 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym ich funkcje przejęły ubezpieczalnie<sup>16</sup>.

Wyodrębniono wówczas ubezpieczalnie społeczne i zakłady ubezpieczeń, w skład których wchodziły zakłady ubezpieczenia na rzecz choroby i inne podległe im jednostki. Ujednoczenie systemu ubezpieczeń społecznych wpłynęło negatywnie na zasiłki chorobowe i wypadkowe, a także pogorszyło nastroje społeczne. Literatura obejmująca okres Polskiej

---

<sup>12</sup> Ustawa z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, „Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej” [dalej: „DURP”] 1920, nr 44, poz. 272; Ustawa o ubezpieczeniu; Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 18 listopada 1920 r. w przedmiocie uzupełnienia przepisów o wprowadzeniu w życie na obszarze b. zaboru austriackiego ustawy z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, „DURP” 1920, nr 113, poz. 750.

<sup>13</sup> Art 1. Ustawy z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, „DURP” 1920, nr 44, poz. 272; Ustawa o ubezpieczeniu; Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 18 listopada 1920 r. w przedmiocie uzupełnienia przepisów o wprowadzeniu w życie na obszarze b. zaboru austriackiego ustawy z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, „DURP” 1920, nr 113, poz. 750.

<sup>14</sup> Tworzono kasy chorych w byłym zaborze rosyjskim. Na pozostałym terytorium kasy chorych już istniały, więc jedynie reorganizowano istniejące struktury. Pewną odrębność zachowały kasy chorych na obszarze przyłączonej do Polski części Górnego Śląska. Funkcjonowały one nadal na podstawie przepisów niemieckich jeszcze sprzed pierwszej wojny światowej, które ustawa ubezpieczeniowa z 1920 r. utrzymała w mocy.

<sup>15</sup> M. Żemojda, A. Płatkowska-Kułaj, M. Kowalski, *Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia: komentarz*, Warszawa 2003, s. 7.

<sup>16</sup> Ustawa z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym, „DURP” 1933, nr 51, poz. 396.

Rzeczpospolitej Ludowej wskazuje, że dwudziestolecie międzywojenne to okres istotnych problemów sanitarnych generowanych na wsi i w miastach. Taki stan przypisywano kapitalistycznym rządom przed uspołecznieniem służby zdrowia<sup>17</sup>. Powołany w 1933 r. system ochrony zdrowia działał do czasu wybuchu II wojny światowej.

Efektom zakończenia działań wojennych było totalne wyniszczenie miast i wsi, a także ludności<sup>18</sup>. Sytuacja zdrowotna ludzi była dramatyczna, co z kolei implikowało do zmiany w organizacji służby zdrowia na ziemiach polskich. Było to jedno z najpilniejszych i zarazem najtrudniejszych zadań ówczesnego rządu<sup>19</sup>. Rozwój nauk medycznych, a także sytuacja polityczna po II wojnie światowej determinowały przeorganizowanie systemu ochrony zdrowia<sup>20</sup>.

Organizacja nowego jak na ówczesne czasy systemu ochrony zdrowia miała koncentrować się na stworzeniu sieci społecznych instytucji profilaktyczno-leczniczych<sup>21</sup>. Powszechną i państwową opiekę zdrowotną zapowiadały liczne dokumenty o charakterze politycznym.

W deklaracji Polskiej Partii Robotniczej zakładano, że państwo po zakończeniu II wojny światowej zmierzać będzie do zapewnienia całemu społeczeństwu bezpłatnego lecznictwa, podejmie walkę z powszechnymi wtedy chorobami zakaźnymi, a także rozwinie opiekę nad kobietami w ciąży oraz zatroszczy się o bezpieczeństwo sanitarne. Położy również nacisk na prowadzenie wszelkich akcji uświadamiających społeczeństwo o konsekwencjach niektórych chorób<sup>22</sup>. Powstały Polski Komitet Wyzwolenia Narodowego przewidywał odbudowę instytucji ubezpieczeń społecznych na ziemiach polskich<sup>23</sup>, postulował uruchomienie szpitali, publicznej służby zdrowia, szkolenie kadr medycznych. PKWN zorganizował od podstaw lecznictwo otwarte i zamknięte, a także rozszerzył dostęp do bezpłatnej służby zdrowia dla wszystkich obywateli<sup>24</sup>.

---

<sup>17</sup> Confer J. Indulski, B. Kleczkowski, J. Leowski, *Organizacja Ochrony Zdrowia*, Warszawa 1972, s. 1.

<sup>18</sup> K. Prętki, *Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej*, Poznań 2007, s. 7.

<sup>19</sup> E.P. Wąsiewicz, *Zdrowie Publiczne i Medycyna Społeczna*, Poznań 2000, s. 23–25.

<sup>20</sup> J. Leowski, *Rola i miejsce państwa w systemie ochrony zdrowia*, „Prawo i Medycyna” 2000, 6–7, s. 8.

<sup>21</sup> J. Indulski, B. Kleczkowski, J. Leowski, *op. cit.*, s. 118.

<sup>22</sup> Ponadto zakładano budowę nowych zakładów opieki zdrowotnej. Confer J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, Warszawa 2010, s. 162.

<sup>23</sup> Były to ubezpieczenia na wypadek choroby, inwalidztwa, bezrobocia i ubezpieczenie na starość.

<sup>24</sup> K. Prętki, *op. cit.*, s. 25.

11 kwietnia 1945 r. uchwalono dekret Krajowej Rady Narodowej o podziale Ministerstwa Pracy, Opieki Społecznej i Zdrowia, na podstawie którego dokonano zmian organizacyjnych, których owocem było powstanie Ministerstwa Opieki Społecznej oraz Ministerstwa Zdrowia<sup>25</sup>.

Od początków powstania państwa socjalistycznego podjęto szeroko zakrojone prace, których celem miało być opracowanie nowoczesnego prawa służby zdrowia i jej odpowiedniej organizacji<sup>26</sup>. Zmiany władze motywowały tym, że w Polsce od 1939 r. istniały nieliczne podmioty lecznicze podporządkowane instytucjom i organizacjom pozarządowym, społecznym czy kościelnym.

Państwo nie posiadało jednolitej, wypracowanej koncepcji pomocy medycznej oraz struktury instytucjonalnej, w której mogłoby ono działać. Zaczęły pojawiać się społeczne opinie, że władze wyzbyły się troski o zdrowie obywateli, które dotąd uważano za wartość najcenniejszą<sup>27</sup>.

W 1948 r. uchwalono Ustawę o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia. Okres ten stanowił pewnego rodzaju cezurę w tworzeniu i organizacji na ziemiach polskich nowej, podporządkowanej socjalistycznemu ustrojowi opieki zdrowotnej. Zakłady opieki zdrowotnej zostały w całości upaństwowione, państwo przyznało sobie monopol na ich tworzenie, prowadzenie i likwidowanie. ZOZ utraciły autonomię, a ich finansowanie oparte było o wydatki poniesione w poprzednim roku budżetowym. To rozwiązanie w efekcie doprowadziło z czasem do kryzysu<sup>28</sup>, który zaczął być odczuwany przez zakłady uspołecznionej służby zdrowia w kolejnych latach jej działania.

Zmiany dotknęły także samych lekarzy. Otóż zawód ten wraz ze zmianami ustawowymi przestał być wolny, na lekarza nałożono obowiązek pracy w uspołecznionych zakładach opieki zdrowotnej, z kolei praktycznie wyeliminowano prywatną praktykę lekarską<sup>29</sup>.

Nowy okres rozwoju systemu ochrony zdrowia należy powiązać z latami 1948–1952, w którym to uchwalono nowe regulacje prawne odnoszące się bezpośrednio do zakładów społecznej służby zdrowia. Ustawą z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia wprowadzono zakłady społeczne służby zdrowia. Określono, że są one utrzymywane przez państwo,

<sup>25</sup> *Ibidem*, s. 26.

<sup>26</sup> H. Matuszewski, S. Poździej, *Medycyna społeczna: organizacja ochrony zdrowia*, cz. 3, *Wybrane zagadnienia prawne współczesnej ochrony zdrowia*, Kraków 1978, s. 199.

<sup>27</sup> J. Nosko, *Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne. Aspekty historyczno-kulturowe*, Łódź 2005, s. 192–193.

<sup>28</sup> *Zdrowie Publiczne: wybrane zagadnienia*, red. A. Czupryna et al., Kraków 2001, s. 313.

<sup>29</sup> J. Sadowska, *Zmiany systemowe w służbie zdrowia 1945–1955 (na przykładzie Łodzi)*, Łódź 2002, s. 63.



instytucje państwowe, gminy, związki samorządu terytorialnego i instytucje ubezpieczeń społecznych. Przyjęto rozwiązanie, że państwo zakłada i utrzymuje zakłady lecznicze o charakterze specjalistycznym, obsługujące obszar co najmniej jednego województwa, a w szczególności instytuty przeciwrakowe, sanatoria dla chorych na gruźlicę, szpitale psychiatryczne, sanatoria dla nerwowo chorych, szpitale wojewódzkie, kliniczne oraz inne zakłady lecznicze<sup>30</sup>. Na powiaty nałożono obowiązki zakładania i utrzymywania okręgowych ośrodków zdrowia, powiatowych ośrodków zdrowia oraz szpitali powiatowych<sup>31</sup>. Naczelne kierownictwo i zwierzchni nadzór nad służbą zdrowia sprawował minister zdrowia, który włączał do projektu budżetu swój plan finansowy.

Minister zdrowia ustalał w porozumieniu z innymi ministrami plan rozmieszczenia zakładów społecznych służby zdrowia. Z kolei społeczne zakłady zdrowia opierały swoją działalność na zasadach łączenia lecznictwa z akcją zapobiegania chorobom, współpracy i wzajemnego uzupełnianie się zakładów pomocy otwartej i zamkniętej, terenowej współpracy i uzupełniania się działalności zakładów, udziału zakładów o bardzo zróżnicowanej specjalizacji w fachowym nadzorze nad innymi zakładami leczniczymi<sup>32</sup>. Ustawa z 1948 r. miała przełomowe znaczenie, bowiem skonkretyzowała kierunek rozwoju socjalistycznej służby zdrowia<sup>33</sup>. Po wejściu w życie Ustawy z dnia 20 marca 1950 r. o terenowych organach jednolitej władzy państwowej, rady narodowe przejęły większość spraw z zakresu systemu opieki zdrowotnej na podległych im terenach<sup>34</sup>. Wyjątkiem były sprawy zastrzeżone do kompetencji ministra zdrowia<sup>35</sup>.

Zmiany stanowiły asumpt do realizacji podstawowej zasady ustroju socjalistycznego, a mianowicie bezpośredniego udziału i wpływu społeczeństwa na rozwój ochrony zdrowia w kraju. Było to możliwe dzięki powołaniu przy radach narodowych społecznych komisji zdrowia, które nie tylko kierowały agendami państwowymi służby zdrowia, ale także mogły ją kontrolować<sup>36</sup>. Kolejnym aktem prawnym na drodze do budo-

<sup>30</sup> Art. 3 Ustawy z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, „DURP” 1948, nr 55, poz. 434.

<sup>31</sup> Art. 6 Ustawy z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, *ibidem*.

<sup>32</sup> Art. 16 Ustawy z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, *ibidem*.

<sup>33</sup> J. Nosko, *op. cit.*, s. 199.

<sup>34</sup> H. Izdebski, *Historia administracji*, Warszawa 1984, s. 204.

<sup>35</sup> Chodziło o sprawy zastrzeżone na terenie portów i przystani morskich do kompetencji Morskiego Urzędu Zdrowia i portowych urzędów zdrowia.

<sup>36</sup> K. Prętki, *op. cit.*, s. 10–15.

wania jednolitej organizacji służby zdrowia była Ustawa z 20 lipca 1950 r. o Zakładzie Lecznictwa Pracowniczego<sup>37</sup>.

Ukonstytuowała ona Zakład Lecznictwa Pracowniczego, który przejął obowiązki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, mający zajmować się sprawami pracowniczymi (chodziło o ubezpieczenia pracownicze)<sup>38</sup>. Centralistyczne metody zarządzania osłabiły wpływ rad narodowych na działalność terenowych organów administracji. Służba zdrowia była pionowo podporządkowana administracyjnie i współdziałała z radami narodowymi.

System publicznej ochrony zdrowia został zastąpiony systemem społecznej służby zdrowia. Państwo w oparciu o zasady gospodarki planowej stało się organizatorem wszystkich form dbania o zdrowie obywateli<sup>39</sup>. Od tego momentu państwo przejęło rolę i zadania kierownika i organizatora służby zdrowia w Polsce<sup>40</sup>. Funkcjonował pogląd, że ochrona zdrowia nie jest tylko sprawą obywatela, ale ogólnonarodową, i ma służyć całemu społeczeństwu. Centralizacja opieki zdrowotnej przyniosła również zmiany w systemie finansowania opieki zdrowotnej. Jego założenia oparto na koncepcji narodowej służby zdrowia, a zakłady opieki zdrowotnej zaczęły być finansowane z budżetu centralnego<sup>41</sup>.

Dalsze zmiany ustrojowe wpłynęły na przyjęcie w Polsce Konstytucji PRL z dnia 22 lipca 1952 r. Ustawa zasadnicza deklarowała troskę o swoich obywateli w zakresie ochrony zdrowia<sup>42</sup>. W roku 1960 w celu dalszego ujednoczenia i usprawniania organizacji ochrony zdrowia, jak również wzmocnienia powiązań w tym zakresie z resortem pracy i opieki społecznej, połączono odpowiednich ministrów i wydziały.

Efektom tego było powstanie Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej oraz terytorialnych wydziałów zdrowia i opieki społecznej (były to wydziały wojewódzkie i powiatowe)<sup>43</sup>. Rozwój państwa i związany z tym wzrost jego regulacyjnej roli decydowały o rozszerzeniu kompetencji ministra zdrowia. Otrzymał on dodatkowe uprawnienia; organizatorskie, sanitarno-policyjne oraz funkcjonalne<sup>44</sup>. Kolejne zmiany, jakie

<sup>37</sup> Ustawa z dnia 20 lipca 1950 r. o Zakładzie Lecznictwa Pracowniczego, „DURP” 1950, nr 36, poz. 334.

<sup>38</sup> Władzę na ZLP sprawował minister zdrowia.

<sup>39</sup> K. Prętki, *op. cit.*, s. 17–20.

<sup>40</sup> *Ibidem*, s. 21–24.

<sup>41</sup> J. Nosko, *op. cit.*, s. 200–210.

<sup>42</sup> Art. 70 Konstytucji Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej z 22 lipca 1952 r., „Dziennik Ustaw Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej” [dalej: „DUPRL”] 1952, nr 33, poz. 232.

<sup>43</sup> Z. Jastrzębowski, *Spory o model lecznictwa. Opieka zdrowotna w koncepcjach polskiej polityki społecznej w XIX i XX wieku do roku 1948*, Łódź 1994, s. 73.

<sup>44</sup> *Ibidem*.

wdrażano w życie, miały na celu dokonać reorganizacji systemu ochrony zdrowia. W istocie do pełnej reorganizacji nigdy nie doszło, obowiązywały rozwiązania, które stawały się nieadekwatne do sytuacji jednostek terytorialnych kraju i zarazem potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. W latach 1973–1975 wprowadzono zespoły opieki zdrowotnej na poziomie obwodów leczniczych, jak również wojewódzkie szpitale zespolone i specjalistyczne zespoły opieki zdrowotnej. W ich skład weszły szpitale, przychodnie i poradnie specjalistyczne, pracownie diagnostyczne, stacje pogotowia ratunkowego oraz inne jednostki organizacyjne<sup>45</sup>. 30 czerwca 1975 r. weszły w życie nowe regulacje prawne<sup>46</sup>, których celem było usprawnienie organizacji służby zdrowia oraz poszerzenia funkcji zespołu opieki zdrowotnej.

Okres lat osiemdziesiątych XX w. to czas, w którym powstał Niezależny Samorządny Związek Zawodowy „Solidarność”, który wpłynął na dalsze prace w Komisji ds. Reform Gospodarczych. Dokonano konstruktywnej krytyki ówczesnego systemu. Z kolei w Gdańsku powołano Komitet Założycielski NSZZ Pracowników Służby Zdrowia. W miarę zwiększenia się siły „Solidarności” zaczęło pojawiać się wiele krytycznych opinii dotyczących systemu opieki zdrowotnej.

Przypominano, że podstawowym hasłem ideologicznym był egalitaryzm. Przez wprowadzenie bezpłatnego lecznictwa wszelkie nierówności miały być zlikwidowane, mimo to nie doszło do realizacji tej zasady. Twierdzono, że funkcjonujący model ochrony zdrowia nie sprawdził się<sup>47</sup>. Zagadnienia dotyczące ochrony zdrowia nabrały treści społecznej. Zdrowie obywatela przestało być sprawą prywatną a stało się przedmiotem troski państwa<sup>48</sup>.

Konstatując, model opieki zdrowotnej realizowany w latach 1946–1989 cechował się podporządkowaniem zasadom wynikającym z przyjętego ówczesnie ustroju politycznego. Ochrona zdrowia w socjalistycznej Polsce była wzorowana na rozwiązaniach radzieckich. Model stanowił zaprzeczenie idei systemu ochrony zdrowia realizowanego w Polsce w okresie międzywojennym. Model ochrony zdrowia wdrażany w okresie socjalizmu w założeniu miał gwarantować dostęp do lekarza, bezpłatność służby zdrowia i jej upaństwowienie<sup>49</sup>.

<sup>45</sup> K. Prętki, *op. cit.*, s. 60–66.

<sup>46</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 czerwca 1975 r. w sprawie organizacji i zadań zespołów opieki zdrowotnej, „DUPRL” 1975, nr 25, poz. 134.

<sup>47</sup> K. Prętki, *op. cit.*, s. 70–74.

<sup>48</sup> *Ibidem*. Wręcz historyczną decyzją było objęcie od 1972 r. bezpłatną opieką zdrowotną sześciu i pół miliona ludności rolniczej.

<sup>49</sup> J. Indulski, T. Gdulewicz, *Problem reorientacji w pracach nad reformą służby zdrowia i ochrony zdrowia w Polsce*, „Zdrowie Publiczne” 1988, 5.

## TRANSFORMACJA USTROJOWA I JEJ WPŁYW NA ZMIANY W SYSTEMIE ZDROWIA

Pod koniec lat osiemdziesiątych XX w. Polska znalazła się w stanie głębokiego kryzysu, będącego wynikiem realizowanego przez nią modelu rozwoju. Do najważniejszych wyznaczników tego kryzysu należą: zdeformowana struktura społeczna, zdeformowana struktura gospodarki, niesprawny system zarządzania gospodarką i kryzys „socjalistycznego państwa dobrobytu”.

Rewolucja socjalistyczna doprowadziła do społecznej degradacji, a często nawet do fizycznego zniszczenia nowoczesnych klas społecznych: przedsiębiorców, zamożnych rolników, wykwalifikowanych robotników, które były ważnym nośnikiem postępu. Doprowadzono do degradacji znaczenia wiedzy, wykształcenia, umiejętności oraz indywidualnej inicjatywy i przedsiębiorczości.

W okresie upadku socjalizmu wystąpiło znaczne zdeformowanie struktury gospodarki. Składały się na to: niedostosowana do potrzeb rynku wewnętrznego i światowego, techniczna i gałęziowa struktura przemysłu, zacofanie, nieefektywne struktury agrarne, obejmujące zarówno gospodarstwa spółdzielcze i państwowe, jak i indywidualne, małorolne gospodarstwa chłopskie, złe wkomponowanie gospodarek w międzynarodowy podział pracy, niedoinwestowanie technicznej infrastruktury w mieście i na wsi. Forsownej industrializacji towarzyszyła zbyt szybko postępująca urbanizacja, co stworzyło najpierw ukryte, a potem jawne bezrobocie<sup>50</sup>.

Wadliwa struktura gospodarki sprawiła, że rynek nie mógł stać się sprawnym mechanizmem alokacji zasobów, tak jak w rozwiniętych gospodarkach rynkowych. Stał temu na przeszkodzie wysoki stopień zmonopolizowania gospodarki, brak sprawnie funkcjonującego rynku kapitałowego, niedostosowanie produkcji dóbr konsumpcyjnych do potrzeb rynku, wadliwa struktura kwalifikacji i zatrudnienia, niesprawne mechanizmy alokacji siły roboczej, niedorozwój infrastruktury rynkowej. Do tego dochodziło niesprawne zarządzanie, którego źródłami były: niska jakość kadr menadżerskich, zła organizacja pracy, brak dobrze zorganizowanego marketingu.

Kryzysowi zarządzania gospodarką towarzyszył kryzys państwa jako ośrodka władzy politycznej oraz gospodarczej i społecznej. Typowym państwem było państwo miękkie – państwo o niestabilnych, nieskutecznych systemach prawnych, zarządzane przez nadmiernie rozbudowany, niesprawny, niejednokrotnie skorumpowany aparat urzędniczy<sup>51</sup>.

<sup>50</sup> W. Wilczyński, *Ekonomia i polityka okresu transformacji*, Poznań 1996, s. 12–22.

<sup>51</sup> *Ibidem*, s. 30.

Z politycznego punktu widzenia system wprowadzony w Polsce nigdy nie został zaakceptowany przez otoczenie zewnętrzne. W okresie bezpośrednio poprzedzającym transformację systemową bądź też w trakcie jej przeprowadzania otoczenie zewnętrzne znacznie zintensyfikowało swe oddziaływanie, wykorzystując do tego celu różnorodne narzędzia polityczne. Wśród nich na uwagę zasługuje uzależnienie dalszego kredytowania od zmian systemowych, a także jawne bądź ukryte polityczne i finansowe wspieranie opozycji w Polsce. Zintensyfikowano również propagandowe oddziaływanie zarówno poprzez środki masowego przekazu, jak i szkolenie i edukację osób zapraszanych na różnego rodzaju sympozja, konferencje czy staże. W sposób niejawni wspierano też materialnie opozycję polityczną w kraju. W ten sposób wspierano rozwój przyszłej kadry, na której oprzeć się miała transformacja systemowa.

Jeszcze większy wpływ na przemiany systemowe w Polsce wywarło otoczenie zewnętrzne od strony ekonomicznej. Zwłaszcza Stany Zjednoczone i kraje Europy Zachodniej, wysoko uprzemysłowione, o dominującej pozycji w gospodarce i handlu światowym, miały w tej dziedzinie szerokie możliwości i wykorzystywały je w całej rozciągłości.

Wyrazem tego była m. in. działalność COCOM<sup>52</sup> (Coordinating Committee for East Trade – Komitet Koordynacyjny ds. Wielostronnej Kontroli Eksportu), której celem była wojna gospodarcza (przede wszystkim technologiczna) prowadzona przez Stany Zjednoczone przeciwko ówczesnym krajom socjalistycznym. W sumie COCOM odegrał ważną rolę w kształtowaniu stosunków Wschód-Zachód i wpłynął istotnie na rozwój technologiczny i gospodarczy Europy Środkowej i Wschodniej.

Obok ograniczeń technologicznych Stany Zjednoczone stosowały też wiele barier typu taryfowego, parataryfowego i pozataryfowego wpływających na rozwój stosunków towarowych. Procesowi transformacji w Polsce towarzyszyło zmniejszanie lub całkowita likwidacja ograniczeń w przepływie towarów i usług oraz kapitału. Ważnym narzędziem ekonomicznym, znajdującym się w rękach otoczenia zewnętrznego Polski stało się jej zadłużenie.

Z powodu rosnącej nierównowagi finansowej, gospodarczej, społecznej i w końcu politycznej byłe gospodarki socjalistyczne utraciły najpierw tempo, a potem wręcz zdolność wzrostu. Olbrzymie niedobory spowodowane presją inflacyjną, której źródła tkwiły zarówno w samej strukturze, jak i w błędnym zarządzaniu makroekonomicznym, wzmagaly mikroekonomiczną niewydolność i uniemożliwiały zaspokajanie potrzeb

---

<sup>52</sup> Organizacja ta powstała w 1950 r., a więc na początku tzw. zimnej wojny i istniała do 31 III 1994 r. COCOM skupiał państwa NATO (bez Islandii) oraz Japonię i Australię. Jej siedzibą był Paryż.

społecznych. Malejące inwestycje i coraz mniejsza wydajność wygaszały tempo wzrostu gospodarczego. Pomijając czynniki ściśle polityczne, rosło społeczne niezadowolenie nie tylko z polityki gospodarczej, ale z ustroju jako takiego<sup>53</sup>.

Zanim jednak doszło do ostatecznego upadku systemu, w ciągu 35 lat miało miejsce kilka różnego rodzaju prób reform. Ich wspólnym celem było dążenie do poprawy istniejącego ustroju przez podniesienie efektywności i standardu życia w drodze postawienia kroku zbliżającego gospodarkę do rynku. Za każdym razem dochodziło do pewnej przejściowej poprawy stanu gospodarki, po czym sytuacja wracała do punktu wyjścia. Kryzysu nie dało się przezwyciężyć poprzez wprowadzanie częściowych reform. Nie był to bowiem kryzys koniunkturalny, wynikający z niekorzystnych tendencji, ale kryzys całokształtu stosunków ekonomicznych, społecznych i politycznych. Kryzys ogólny tym różni się od kryzysu wynikającego z cyklicznego charakteru procesów wzrostu, że nie może być już usunięty w ramach uwarunkowań, które do niego doprowadziły. Stąd też ogólny kryzys gospodarki socjalistycznej może być zakończony bądź przez gruntowne jej zreformowanie bądź przez jej zanegowanie<sup>54</sup>.

Niemalże wszystkie kraje socjalistyczne, w tym Polska, próbowały zmienić określone elementy i mechanizmy swoich systemów gospodarczych, jednak owe reformy nigdy nie były tak szerokie, jak w Jugosławii, na Węgrzech czy nawet w Polsce. Pomimo iż reformy te nie zdołały na stałe poprawić stanu gospodarki, to ich zaawansowanie przyczyniło się do zwiększenia późniejszego tempa procesu transformacji<sup>55</sup>.

Trudna sytuacja gospodarcza zmusiła kraj do podjęcia odważnych kroków w celu przezwyciężenia kryzysu. Rok 1989 przejdzie do historii jako okres zdecydowanego odrotu w krajach Europy Środkowo-Wschodniej od monopartyjnego systemu politycznego i od administracyjno-nakazowych metod kierowania gospodarką<sup>56</sup>.

Piśmiennictwo dotyczące transformacji powstałe w ostatnich latach dowodziło, że źródłem rozbieżności poglądów na temat sposobu i tempa wcielania się w życie programów transformacji były nie tylko różnice w sytuacji gospodarczej poszczególnych krajów w momencie przełomu<sup>57</sup>.

---

<sup>53</sup> T. Grala, *Reformy Gospodarcze w PRL (1982–1989). Próba ratowania socjalizmu*, Warszawa 2005, s. 142.

<sup>54</sup> *Ibidem*.

<sup>55</sup> G. Kołodko, *Od szoku do terapii. Ekonomia i polityka transformacji*, Warszawa 1999, s. 31.

<sup>56</sup> *Ibidem*.

<sup>57</sup> Vide J. Kornai, *The Road to a Free Economy. Shifting from a socialist System. The Example of Hungary*, New York 1990, s. 11.

Już we wczesnych fazach dyskusji ujawniła się zasadnicza różnica stanowisk między zwolennikami terapii radykalnej (wstrząsowej, szokowej) a rzecznikami stopniowego przeobrażenia gospodarki socjalistycznej. Do pierwszych należą, jak wiadomo, obok postaci M. Bruno, kilku profesorów Massachusetts Institute of Technology i oczywiście wielu neoliberalistów europejskich. Podstawę teoretyczną tego kierunku stanowią prace Milтона Friedmana. W Polsce rzecznikami terapii radykalnej, różniącymi się zresztą dość często w kwestiach szczegółowych, są: Leszek Balcerowicz, Marek Dąbrowski, Jan Winiecki, Adam Lipowski, szereg ekonomistów związanych z Centrum Adama Smitha<sup>58</sup>. Również Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową grupuje szereg przedstawicieli tego nurtu, jak np. Janusz Lewandowski i Jan Szomburg.

Wśród zwolenników stopniowego transformowania gospodarki spotkać można licznych socjaldemokratów, stronników „socjalizmu rynkowego”, „instytucjonalistów”, kładących szczególny nacisk na uprzednie zbudowanie „infrastruktury” kapitalizmu. Poglądy tego rodzaju prezentują między innymi V. Amiel, K. Łaski, A. Nove, J. Berliner, D.M. Nuti<sup>59</sup>.

Głównym argumentem na rzecz terapii radykalnej jest konieczność przerwania dalszej egzystencji ustroju gospodarczego, który wykazał skrajną nieefektywność. Negatywna weryfikacja produkcji i całej gospodarki socjalistycznej, zdaniem radykałów, nie uzasadniała jej kontynuowania. Przyjmowali oni, że koszty dalszego funkcjonowania centralnie zarządzanej gospodarki „socjalistycznej” byłyby większe od kosztów i strat spowodowanych przerwaniem tej działalności w wyniku radykalnej zmiany warunków gospodarowania.

Argumentem przemawiającym za terapią radykalną była też niejasność reguł gry w ustrojowych rozwiązaniach hybrydowych, nieuchronnych w przypadku terapii gradualistycznej. Rzecznicy terapii radykalnej wskazywali na niecelowość stopniowania, rozkładania w czasie takich przedsięwzięć jak opanowanie hiperinflacji, wprowadzenie rynkowych reguł, prawdziwych cen itd.

Argumenty wysuwane na rzecz gradualistycznej koncepcji transformacji odwoływały się przede wszystkim do zbędnych strat społecznych i ekonomicznych, powodowanych nadmiernym radykalizmem i nagłym przerwaniem dotychczasowego biegu życia gospodarczego. Gradualiści eksponowali przejawy braku akceptacji dla zbyt radykalnych reform, obawiając się społecznej kompromitacji gospodarki rynkowej w wyniku

---

<sup>58</sup> W. Wilczyński, *Ekonomia i polityka gospodarcza okresu transformacji*, Poznań 1996, s. 106.

<sup>59</sup> Z. Sadowski, *Niektóre sporne aspekty przemiany systemowej w Polsce*, Poznań 1992, s. 95–102.

niemożności zapewnienia natychmiastowej, znacznej poprawy warunków życia.

Jako argument za stopniowym „rozważnym” przejściem do gospodarki rynkowej wysuwany był czas niezbędny dla przedstawienia mentalności ludzi, do jej przystosowania do rynkowych reguł gry.

W ostrej polemice ze zwolennikami polskiej terapii szokowej gradualiści poddawali bardzo krytycznym ocenom skutki polityki nadmiernej, ich zdaniem, radykalnej i wadliwie adresowanej. Na czoło zarzutów wysuwany był spadek produkcji przemysłowej „dławienie” lub „niszczenie” przemysłu państwowego przez dyskryminację podatkową (dywidenda), jak i przez nadmierne otwarcie polskiego rynku dla importu.

Łączył się z tym zarzut nadmiernego dławienia popytu przez ostre restrykcje płacowe w pierwszej fazie urzeczywistnienia programu. Teza ta korespondowała z poglądem Grzegorza Kołodko o tzw. przestrzeleniu programu L. Balcerowicza<sup>60</sup>, co wymusiło w drugiej połowie 1990 r. nadmierne poluzowanie polityki pieniężnej i utrwalenie się inflacji „inercyjnej”<sup>61</sup>.

Gradualiści często nie podzielali tezy radykałów o niezdolności gospodarki socjalistycznej do dalszego działania i o kluczowym znaczeniu tłumienia inflacji. Zdzisław Sadowski eksponował między innymi dodatnią produktywność krańcową przemysłu i jest przekonany, że można było zatrzymać regres, nie dopuszczając do inflacji ze względu na nie wykorzystane rezerwy zdolności produkcyjnych. Zwiększenie popytu krajowego wiąże się jednak z potrzebą ochrony produkcji krajowej przed importem<sup>62</sup>.

Charakterystyczną cechą sporu między radykałami a gradualistami była gwałtowność krytyki terapii szokowej przez gradualistów przy dużej wstrzemięźliwości strony przeciwnej, ostrożnej w formułowaniu negatywnych ocen transformacji stopniowej. Co więcej, łatwo zauważyć, że większość zarzutów stawianych terapii radykalnej przez gradualistów skierowana była pod niewłaściwym adresem. Doświadczenia minionych lat potwierdzają raczej trafność terapii radykalnej w jej różnych wariantach. Pesymistyczne przewidywania gradualistów z lat 1990–1991 na ogół się nie potwierdziły<sup>63</sup>.

Na przeobrażenia gospodarcze wpłynęła również kolejna grupa warunków, a mianowicie związanych ze stosunkami zewnętrznymi.

<sup>60</sup> *Polityka finansowa, stabilizacja, transformacja*, red. G. Kołodko, Warszawa 1991, s. 5–38.

<sup>61</sup> K. Lutkowski, *Utworzenie polskiej inflacji i proces jej wygasania*, Warszawa 1994, s. 18–19.

<sup>62</sup> Z. Sadowski, *op. cit.*, s. 101.

<sup>63</sup> *Ibidem*, s. 102.



W przypadku Polski były to problemy spowodowane załamaniem się polskiego eksportu do krajów byłego ZSRR i dotkliwe pogorszenie się *terms of trade*. Negatywny wpływ tego załamania kosztował Polskę ponad 5% PKB. Jak można zauważyć, realizacja strategii gospodarczej była uwarunkowana wieloma czynnikami tak politycznymi, jak i ekonomicznymi. Sytuacja Polski w tamtym okresie była trudna, jednak z perspektywy czasu strategię powoli wdrażano w życie, co przyczyniło się do szybkich zmian systemowych<sup>64</sup>.

Zmiany ekonomiczno-społeczne nie mogły pozostać bez wpływu na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Początkowo chodziło przede wszystkim o poprawienie poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego i ulepszenie jakości leczenia<sup>65</sup>.

W pierwszym, niekomunistycznym rządzie Tadeusza Mazowieckiego pojawił się projekt reformy systemu ochrony zdrowia. Jego zasadniczym celem było utworzenie Funduszu Ubezpieczeń Zdrowotnych jako instytucji ubezpieczenia zdrowotnego. Jego działanie miało bazować na składkach ubezpieczenia zdrowotnego potrącanych z wynagrodzeń wypłacanych pracownikom przez pracodawcę. Fundusz był odpowiedzialny za finansowanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, pomocy doraźnej, opieki szpitalnej czy specjalistycznej<sup>66</sup>.

Chory miał prawo wyboru lekarza pierwszego kontaktu i specjalisty, oraz placówki medycznej, w której chce się leczyć. W innym projekcie, powstałym w tamtym okresie, zakładano wprowadzenie odpowiedniej polityki prozdrowotnej, która odpowiedzialnością za działania zdrowotne obciążała państwo, obywatela i lekarza<sup>67</sup>. W analizowanym okresie pojawił się projekt bazujący na swoistej umowie społecznej, dotyczącej powszechnych ubezpieczeń społecznych, które miały być tak zorganizowane przez państwo, aby mogło ono zaspokajać podstawowe potrzeby społeczne w obszarze zdrowia. Organizacja systemu ubezpieczeń społecznych miała być istotą odpowiedzialności państwa za tworzenie warunków na rzecz zdrowia dla obywateli<sup>68</sup>.

<sup>64</sup> L. Balcerowicz, *Socjalizm, kapitalizm, transformacja*, Warszawa 1997, s. 367.

<sup>65</sup> Poprzedni system obciążony był kosztami niewydolnego sposobu zarządzania i finansowania. Confer C. Włodarczyk, *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej*, Warszawa 1990, s. 171–173.

<sup>66</sup> *Ibidem*.

<sup>67</sup> Autorzy powyższego projektu postulowali uznanie prymatu działań mających na celu ulepszenie stanu zdrowia społeczeństwa, poprawę jakości leczenia oraz krzewienie promocji zdrowia.

<sup>68</sup> Odnośnie składek ubezpieczeniowych zdecydowano, że ich wysokość będzie ustalał Sejm i że będą one płacone zarówno przez pracownika, jak i pracodawcę. Fakt ten stanowił konsekwencję zasady podzielonej odpowiedzialności za ryzyko powstania choroby

Początek lat dziewięćdziesiątych XX w. to inicjatywy Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, które przygotowało dokument zatytułowany „Kierunki zmian w organizacji i finansowaniu opieki zdrowotnej. Proces reformowania opieki zdrowotnej”, w którym gwarantowano bezpieczeństwo każdemu obywatelowi w sytuacji zagrożenia życia. Planowano wdrożyć model powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych, ubezpieczeń dodatkowych oraz ustanowić samorząd podstawowym podmiotem ochrony zdrowia<sup>69</sup>. W 1992 r. rząd Hanny Suchockiej przedstawił „Projekt Założeń Ubezpieczenia Zdrowotnego Komitetu Społecznego”. W projekcie postulowano powrót do instytucji ochrony zdrowia działających w II Rzeczpospolitej. System miał być niezależny finansowo i organizacyjnie, a składka na ubezpieczenie zdrowotne miała być głównym źródłem finansowania systemu<sup>70</sup>.

W 1993 r. pojawiły się kolejne dwa projekty wprowadzenia nowego systemu ochrony zdrowia. Pierwszy – „Założenia Ubezpieczeń Zdrowotnych. Opieka Zdrowotna dla Wszystkich” Międzyresortowego Zespołu do Spraw Reform Zabezpieczenia Społecznego i Systemu Świadczeń Zdrowotnych kierowanego przez Marka Balickiego<sup>71</sup>, a drugi to projekt Parlamentarno-Związkowego Zespołu Ubezpieczeń Zdrowotnych NSZZ „Solidarność”. W pierwszym projekcie proponowano stworzenie zdecentralizowanego systemu zarządzania służbą zdrowia w postaci zarządu krajowego i regionalnych zarządów. Pacjent miał prawo do wyboru lekarza, z kolei do specjalisty mógł się udać na podstawie odpowiedniego

---

i związanych z nią kosztów. Składki i dotacje pochodzące z różnych fundacji, stowarzyszeń czy z dochodów budżetowych miały zasilać opiekę medyczną. Confer S. Golinowska, K. Tymowska, C. Włodarczyk, *Projekt reformy zdrowotnej w Polsce*, „Gospodarka Narodowa” 1991, 3, s. 22–27.

<sup>69</sup> Chodziło też o zagwarantowanie instytucjonalnego nadzoru nad jakością opieki zdrowotnej oraz rozszerzenie finansowania opieki zdrowotnej o środki z obowiązkowego, powszechnego funduszu ubezpieczeń zdrowotnych oraz funduszy alternatywnych. Ta ostatnia koncepcja miała przyczynić się do selekcji świadczeń finansowanych z obligatoryjnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz ponadstandardowych, finansowanych z ubezpieczeń dodatkowych. Kierunki zmian w organizacji i finansowaniu opieki zdrowotnej. Confer *Proces reformowania opieki zdrowotnej*, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Warszawa 1990, s. 20.

<sup>70</sup> M. Dziubińska-Michalewicz, *Projekty ubezpieczeń zdrowotnych*, „Gospodarka Narodowa” 1995, 1, s. 23.

<sup>71</sup> Międzyresortowy Zespół powołany przez Prezesa Rady Ministrów, w jego skład wchodził: M. Balicki, H. Górski, I. Woycicka, A. Wiktorow, K. Wiśniewska, A. Koronkiewicz, *Założenia Ubezpieczeń Zdrowotnych Opieka Zdrowotna dla Wszystkich „Antidotum”*, „Zarządzanie w opiece zdrowotnej” 1993, 5, s. 43–47.

skierowania. System miał bazować na powszechności ubezpieczeń<sup>72</sup>. Drugi projekt zakładał powszechność i obowiązkowość ubezpieczeń zdrowotnych, wprowadzenie instytucji Kas Chorych. Składka ubezpieczeniowa miała być obliczana i pobierana przez pracodawcę<sup>73</sup>.

Okres transformacji dla ochrony zdrowia to czas długi i zarazem charakteryzujący się znaczącą dynamiką. Politycy, partie polityczne, a tym samym poszczególne grupy interesu miały zróżnicowane wizje co do przyszłego systemu ochrony zdrowia. Wydaje się, że w tamtym czasie brakowało dialogu pomiędzy inicjatorami i podmiotami zaangażowanymi w politykę zdrowotną. Gdyby ów dialog społeczny został wdrożony, być może system ochrony zdrowia na początku lat dziewięćdziesiątych XX w. zaczęłyby funkcjonować o wiele szybciej, niż to się stało w rzeczywistości.

Każdy z inicjatorów omawianych projektów miał swoje określone cele, które chciał zrealizować. Jedni uważali, że należy wprowadzić ubezpieczeniowy model systemu ochrony zdrowia. Z kolei w innych projektach pojawiła się propozycja wdrożenia powszechnych i obowiązkowych ubezpieczeń społecznych. W zasadzie wszystkie gwarantowały określony poziom bezpieczeństwa socjalnego, wybór lekarza pierwszego kontaktu, decentralizację systemu ochrony zdrowia.

Początek lat dziewięćdziesiątych XX w. to okres znaczących i radykalnych zmian w wielu sferach funkcjonowania Polski. Jeśli chodzi o przemiany i wprowadzone reformy w sektorze ochrony zdrowia, to należy przyjąć, iż wprowadzone zmiany dysfunkcjonalnego systemu ochrony zdrowia okazały się mało innowacyjne. Co więcej, były one wyrazem niezadowolenia społecznego, licznych protestów zainteresowanych grup. Problemem było niedostateczne finansowanie ochrony zdrowia, które uniemożliwiło podejmowanie jakichkolwiek zdecydowanych działań. Wraz z wprowadzeniem Konstytucji RP z 2 kwietnia 1997 r., pojęcie ochrony zdrowia znalazło swoje unormowanie w ustawie zasadniczej. Zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, każdemu obywatelowi niezależnie od sytuacji finansowej, władze zapewniają równy dostęp do publicznych świadczeń medycznych. Zapis ten wzbudził pewne kontrowersje, bowiem nakłada on na organy władzy publicznej obowiązek zapewnienia dostępu do świadczeń medycznych obywatelom, a zatem nie każdemu człowiekowi<sup>74</sup>.

Po przyjęciu Konstytucji zaczęto budować system ochrony zdrowia o zupełnie nowej architekturze. Na jego strukturę składały się podmioty

---

<sup>72</sup> *Ibidem*.

<sup>73</sup> Nie opowiedziano się natomiast co do wysokości składki ubezpieczeniowej.

<sup>74</sup> Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, OTK-A 2004, nr 1, poz. 1.

opieki zdrowotnej, czyli świadczeniodawcy, świadczeniobiorcy, płatnicy i zarazem same świadczenia przysługujące osobie ubezpieczonej. Realia polityczne towarzyszące przebudowie systemu ochrony zdrowia wiązać należy z powstaniem rządu Włodzimierza Cimoszewicza<sup>75</sup>.

Nowo powołany Prezes Rady Ministrów, w wygłoszonym exposé, proponował między innymi przeprowadzenie szeroko zakrojonej reformy systemu ochrony zdrowia. Za najważniejsze W. Cimoszewicz uznał przygotowanie i uchwalenie ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym<sup>76</sup> oraz polepszenie systemu finansowania ochrony zdrowia.

W. Cimoszewicz oceniał, że wydatki na ochronę zdrowia w latach 1993–1997 były zdecydowanie za małe i nie zapewniały przeprowadzenia gruntownych zmian w systemie ochrony zdrowia<sup>77</sup>. Postulowany system ochrony zdrowia miał odgraniczyć organizację świadczeń od podmiotu finansującego świadczenia i dostarczyciela usług medycznych. Chodziło o wprowadzenie rachunku ekonomicznego w miejsce budżetu przydzielonego na ochronę zdrowia. Realizatorami tego założenia miały być kasy chorych: regionalne i ich rejonowe oddziały, branżowe oraz Krajowy Związek Kas Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego<sup>78</sup>.

Wprowadzenie systemu ubezpieczeń zdrowotnych i zarazem systemu kas chorych było uważane za rozwiązanie na ówczesne czasy bardzo nowoczesne i skutkujące licznymi zmianami w systemie świadczenia usług medycznych. Oczywiście nie brakowało krytyków tego rozwiązania. Dość szeroko i intensywnie pomysł krytykowały Unia Wolności i Unia Pracy<sup>79</sup>.

<sup>75</sup> Prezydent A. Kwaśniewski, powołał rząd W. Cimoszewicza w dniu 7 II 1996 r. Confer W. Roszkowski, *Najnowsza historia Polski 1980–2002*, Warszawa 2003, s. 179–181.

<sup>76</sup> Podstawą przygotowania nowego aktu prawnego był projekt rządowej ustawy ubezpieczeniowej przygotowany przez rząd J. Oleksego. Podczas debaty parlamentarnej 4 XI 1996 r. koncepcja ta uzyskiwała akceptację niektórych ugrupowań politycznych np. PSL, ale została również poddana krytyce przez UW, UP i BBWR. Przedstawiciel klubu parlamentarnego PSL, J. Kopczyk, podkreślał walory powyższego projektu, twierdził, iż utworzenie w ochronie zdrowia systemu ubezpieczeniowego, opartego na modelu Bismarcka, w miejsce budżetowego, opartego na modelu Siemaszki, było następstwem oczekiwań różnorodnych środowisk politycznych, społecznych, pracowników służby zdrowia, pacjentów i parlamentu. Vide M. Dziubińska-Michalewicz, *Polityka w dziedzinie opieki zdrowotnej, w: Polityka społeczna w latach 1994–1996. Procesy regulacji i ich potencjalne skutki*, red. S. Golińska, Warszawa 1996, s. 228.

<sup>77</sup> M. Kulpa, *Polityka społeczna rządu koalicji SLD-PSL w latach 1993–1997*, Kraków 2006, s. 123–130.

<sup>78</sup> W jego skład wchodziły kasy regionalne i branżowe.

<sup>79</sup> M. Balicki z UW wyraził krytykę projektu ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Uważał, iż jest on niedopracowany i sprzeczny z kierunkiem przemian społeczno-ekonomicznych kształtujących się po transformacji ustrojowej. Jednakże najważniejszy zarzut dotyczył sposobu określania składki, a mianowicie pakiet świadczeń

Rządzącym zarzucano, że projekt reformy ochrony zdrowia nie był konsultowany ze środowiskiem lekarskim oraz NSZZ „Solidarność”. Po licznych uzgodnieniach 6 lutego 1997 r. uchwalono ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym<sup>80</sup>. Politycy opozycji mieli jednak nadzieję, że prezydent A. Kwaśniewski nie podpisze tego aktu prawnego. Mimo tego ustawa została podpisana i stała się sukcesem ekipy rządzącej<sup>81</sup>.

Jesienią 1997 r. odbyły się w Polsce wybory parlamentarne, które wygrała Akcja Wyborcza Solidarność. Współ z Unią Wolności utworzyła koalicję rządzącą. W swoim expose Prezes Rady Ministrów Jerzy Buzek, przedstawił dwa zasadnicze cele w ochronie zdrowia.

Chodziło o zwiększenie nakładów na opiekę zdrowotną oraz przygotowanie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym<sup>82</sup>. W dniu 18 lipca 1998 r. uchwalono ustawę o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym<sup>83</sup>, która wprowadziła kolejne zmiany w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia. Zmieniła ona nazwę instytucji ubezpieczenia zdrowotnego z Kas Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego na Kasy Chorych. System kas chorych wzorowany była na rozwiązaniach funkcjonujących w II Rzeczypospolitej<sup>84</sup>.

Instytucja kas chorych koncentrowała się na wprowadzeniu szerokiej decentralizacji i upodmiotowieniu społeczeństwa. Założenie to realizowane miało być poprzez wprowadzenie indywidualnych, celowych składek ubezpieczeniowych obywateli; środki te były przeznaczane na świadczenia zdrowotne. Kasy chorych miały być instytucjami samorządowymi. Organami były zarząd i rada powołane przez sejmik województwa. Kasy chorych istniały we wszystkich 16 województwach, a ich struktura wewnętrzna była regulowana przepisami wewnętrznymi. Koncepcja kas chorych dość dużą wagę przywiązywała do wolnego wyboru kasy,

---

medycznych wybrany przez ubezpieczonego nie warunkował wysokości tej składki, ani nie był skorelowany z ryzykiem zdrowotnym. Confer M. Kulpa, *op. cit.*, s. 133.

<sup>80</sup> Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, „DURP” 1997, nr 28 poz. 153.

<sup>81</sup> I. Markowska-Kabała, *Uwarunkowania polityczne zmian zachodzących w systemie zdrowia w Polsce*, [http://www.pszw.edu.pl/images/publikacje/t055\\_pszw\\_2011\\_markowska-kabala\\_-\\_uwarunkowania\\_polityczne\\_zmian\\_zachodzacych\\_w\\_systemie\\_ochrony\\_zdrowia\\_w\\_polsce.pdf](http://www.pszw.edu.pl/images/publikacje/t055_pszw_2011_markowska-kabala_-_uwarunkowania_polityczne_zmian_zachodzacych_w_systemie_ochrony_zdrowia_w_polsce.pdf) [dostęp: 8 III 2021]. W ustawie określono termin *vacatio legis* na dwa lata (ustawa weszła w życie 1 I 1999 r.).

<sup>82</sup> *Ibidem*.

<sup>83</sup> Ustawa z dnia 18 lipca 1998 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych ustaw. „DURP” 1998, nr 117, poz. 756.

<sup>84</sup> J. Sadowska, *Kasy chorych w Polsce w latach 1920–1933*, Łódź 2002, s. 11–12.

lekarza i placówki zdrowia<sup>85</sup>. Jak już wcześniej sygnalizowano kasy chorych wykonywały swoje ustawowe zadania przez odpowiednie organy.

Nadzór nad instytucją kas sprawował Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Społecznych, mający szerokie uprawnienia do ingerowania w ich działalność<sup>86</sup>. Dość ciekawy jest status prawny kas chorych, bowiem były to osoby prawne o charakterze korporacyjnym i władczych uprawnieniach. Nie mogły prowadzić działalności gospodarczej.

To z kolei powodowało, że sytuacja prawna kas chorych nie do końca była jednoznaczna. Również w doktrynie można było spotkać szeroko zakrojoną polemikę na temat tego, czy kasy chorych są osobami prawnymi o statusie państwowych jednostek organizacyjnych, czy też nie, jak uważali niektórzy przedstawiciele doktryny<sup>87</sup>. Problem ten próbował rozstrzygnąć Sąd Najwyższy, który w uchwale z dnia 27 kwietnia 2001 r. stwierdził, że kasy chorych nie są państwową jednostką organizacyjną<sup>88</sup>.

---

<sup>85</sup> S. Golinowska, Z. Czepulis-Rutkowska, M. Sitek, *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Warszawa 2002, s. 80; A. Koronkiewicz, W. Masłowski, *System powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*, Warszawa 2002, s. 42.

<sup>86</sup> Miał on prawo do przeprowadzenia w każdym czasie kontroli działalności i stanu majątkowego kasy, żądania przedłożenia dokumentacji oraz udzielania pomocy, jak też skorzystania przy przeprowadzeniu kontroli z usług podmiotów uprawnionych do badań sprawozdań finansowych oraz podmiotów uprawnionych do kontroli jakości i kosztów świadczeń finansowanych przez kasę. A. Zemke-Górecka, *Status prawny samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i jego prywatyzacja*, Warszawa 2012, s. 10–21.

<sup>87</sup> Confer M. Capik, M. Capik, *Status Kasy Chorych*, „Medycyna po Dyplomie” 2001, 10, 7, s. 23–24; C. Włodarczyk, *Dekada reform*, „Służba Zdrowia” 1998, 60–62.

<sup>88</sup> Sąd Najwyższy (SN) wyjaśnił istotę państwowych osób prawnych i skonstatował, że państwowe osoby prawne mimo ich wydzielenia z ogólnej masy mienia państwowego, którym dysponuje Skarb Państwa, z gospodarczego punktu widzenia należą do państwa, które wyposażyło je w mienie i ma znaczący wpływ na ich powstanie, organizację i likwidację. Te kompetencje fiskusa wynikają z ustaw ustrojowych dotyczących tych państwowych osób prawnych. Państwowe jednostki organizacyjne, które realizują zadania powierzone przez państwo, działają w jego imieniu i na jego rzecz. Ponadto Skarb Państwa nadzoruje je. Sąd Najwyższy powołuje się w swoim orzeczeniu na treść art. 66 Ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, zgodnie z którym kasa chorych jest instytucją samorządną, reprezentującą ubezpieczonych i posiadającą osobowość prawną. SN w oparciu o ten artykuł uzasadnił status kas chorych. Jedną z głównych zasad, na których oparto powszechne ubezpieczenie zdrowotne, była zasada samorządności. Z samorządności wynika niezależność od organów administracji publicznej i samorządu terytorialnego, samodzielność w odniesieniu kreowania struktur organizacyjnych oraz niezależność w wykonywaniu zadań. Uchwała SN z dnia 27 kwietnia 2001 r. (sygn. Akt III CZP 12/01); Podobnie J. Jończyk, *Wybrane problemy ochrony zdrowia*, „Prawo i Medycyna” 2004, 6, 1 (14). Dodatkowo usunięto przepis o odpowiedzialności państwa w zakresie wykonania dyspozycji przepisu art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej

Reforma wprowadziła również, oprócz kas chorych, Krajowy Związek Kas Chorych. Jego celem było reprezentowanie interesów kas chorych wobec organów władzy ustawodawczej, administracji rządowej itp.<sup>89</sup> Kasy chorych reprezentowały osoby ubezpieczone, tj. obywatele polskich, zamieszkujących terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz cudzoziemców<sup>90</sup> przebywających legalnie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. 16 regionalnych kas chorych, tj. Dolnośląska, Kujawsko-Pomorska, Lubelska, Lubuska, Łódzka, Małopolska, Mazowiecka, Opolska, Podkarpacka, Podlaska, Pomorska, Śląska, Świętokrzyska, Warmińsko-Mazurska, Wielkopolska i Zachodniopomorska, zobowiązanych do przyjęcia w poczet swoich członków każdej osoby, która podlegała ubezpieczeniu zdrowotnemu, zamieszkałej na obszarze działania takiej kasy<sup>91</sup>.

Oprócz 16 kas regionalnych powołano jedną o charakterze branżowym dla służb mundurowych. Członkami kasy branżowej mogli być: żołnierze zawodowi oraz odbywający służbę okresową lub nadterminową, funkcjonariusze Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Więziennej, Straży Granicznej, Urzędu Ochrony Państwa, pracownicy zatrudnieni w jednostkach MON, SW, Policji, PSP, SG, UOP oraz MSWiA, przedsiębiorstwie PKP, urzędach Ministra Transportu i Gospodarki Morskiej, a także członkowie rodzin pozostających we wspólnym gospodarstwie i inne osoby, które złożyły w odpowiednim czasie deklarację o przystąpieniu do kasy<sup>92</sup>. Członkami kasy branżowej byli również emeryci i renciści, którzy pracowali w wyżej wymienionych organizacjach<sup>93</sup>.

---

Polskiej, co spowodowało problem związany z statusem prawnym kas. Dopiero nowelizacja ustawy z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych (tekst jedn.: „DURP” 2003, nr 15, poz. 148 z późn. zm.), dokonana Ustawą z dnia 8 grudnia 2000 r. o zmianie ustawy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji, ustawy o podatkach i opłatach lokalnych, ustawy o dopłatach do oprocentowania niektórych kredytów bankowych, ustawy – Prawo o publicznym obrocie papierami wartościowymi, ustawy – Ordynacja podatkowa, ustawy o finansach publicznych, ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych oraz ustawy o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw państwowych – w związku z dostosowaniem do prawa Unii Europejskiej („DURP” 2003, nr 122, poz. 1315 z późn. zm.), pozwoliła wycofać się z błędnych decyzji.

<sup>89</sup> S. Golinowska, Z. Czepulis-Rutkowska, M. Sitek, *op. cit.*, s. 82–85.

<sup>90</sup> Chodziło o cudzoziemców przebywających w Polsce na podstawie karty stałego pobytu lub karty czasowego pobytu wydanej im w związku z udzieleniem statusu uchodźcy, pod warunkiem spełniania innych, ustawowo określonych przesłanek. Vide A. Koronkiewicz, W. Masłowski, *op. cit.*, s. 42.

<sup>91</sup> S. Golinowska, Z. Czepulis-Rutkowska, M. Sitek, *op. cit.*, s. 88.

<sup>92</sup> § 2 Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 grudnia 1998 r. w sprawie utworzenia Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych, „DURP” 1998, nr 148, poz. 969.

<sup>93</sup> Na podstawie następujących aktów prawnych Ustawy z dnia 28 kwietnia 1983 r. o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników kolejowych i ich rodzin („DUPRL” 1983, nr 23,

Wejście w życie ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym związane było z przyjęciem klasycznego, Bismarckowskiego modelu finansowania świadczeń zdrowotnych. Polegał on na tym, że środki finansowe pochodzące ze składek zdrowotnych płaconych zarówno przez pracownika, jak i jego pracodawcę gromadzone miały być w kasach chorych – instytucjach niezależnych od władzy publicznej. Wyodrębniona została funkcja płatnika składek, czyli kas chorych oraz Ministerstwa Zdrowia, i świadczeniodawcy, których łączyła swoista umowa<sup>94</sup>. Wprowadzono również rozwiązanie polegające na tym, że zamawiającym usługi oprócz ZOZ mógł być Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, co w planach miało powoli prowadzić do prywatyzacji usług zdrowotnych.

Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym miała też pewne niedociągnięcia. Jednym z nich była luka w ubezpieczeniu ludzi młodych kończących edukację, a nie podejmujących jeszcze pracy. Osoby takie w momencie ukończenia szkoły nie podlegały ubezpieczeniu zdrowotnemu, co rodziło wiele komplikacji i negatywnych skutków dla nich, w szczególności takich, że nie mogli korzystać ze świadczeń zdrowotnych. Kolejna kwestia, która została pominięta przez ustawodawcę, to brak gwarancji bezpłatnej pomocy medycznej dla nieubezpieczonych kobiet. Osoby takie, które z różnych przyczyn znalazły się poza systemem ubezpieczeń, również nie mogły korzystać ze świadczeń. Ustawa nie regulowała sytuacji prawnej żołnierzy odbywających zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenia, ćwiczenia wojskowe oraz pełniących służbę wojskową w czasie mobilizacji i wojny<sup>95</sup>.

Wprowadzenie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz jej nowelizacje nie zreformowały kompleksowo systemu ochrony zdrowia w Polsce. Dość istotne zmiany wprowadzono nowelizacją

---

poz. 99; 1985, nr 20, poz. 85; „DURP” 1990, nr 36, poz. 206; 1991, nr 104, poz. 450; 1997, nr 43, poz. 272 oraz 1998, nr 66, poz. 431 i nr 137, poz. 887), Ustawy z dnia 10 grudnia 1993 r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin („DURP” 1994, nr 10, poz. 36; 1995, nr 4, poz. 17; 1996, nr 1, poz. 1 oraz 1997, nr 28, poz. 153 i nr 141, poz. 944), Ustawy z dnia 18 lutego 1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Urzędu Ochrony Państwa, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin („DURP” 1994, nr 53, poz. 214; 1995, nr 4, poz. 17 i 1997, nr 28, poz. 153), 8) kombatanci, o których mowa w Ustawie z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego („DURP” 1997, nr 142, poz. 950 oraz 1998, nr 37, poz. 204 i nr 106, poz. 668).

<sup>94</sup> C. Włodarczyk, *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*, Kraków 2003, s. 182.

<sup>95</sup> A. Koronkiewicz, W. Masłowski, *op. cit.*, s. 42; M. Balicki, A. Koronkiewicz, *System organizacji i finansowania opieki zdrowotnej*, w: *Prawo medyczne*, red. L. Kubicki, Wrocław 2003, s. 145.



z 2001 r., w wyniku której: usunięto brak ubezpieczenia dla dzieci nieubezpieczonych rodziców, zliberalizowano dostęp do lekarzy specjalistów, wprowadzono przymus zawierania umów oraz finansowania badań o charakterze profilaktycznym, uznano uprawnienia lekarzy, którzy wykonywali swoje czynności poza kontraktami zawartymi z kasami chorych<sup>96</sup>. Owe zmiany wiązały się również z podwyższeniem wysokości składki zdrowotnej, co wywołało duże społeczne niezadowolenie<sup>97</sup>.

Z perspektywy czasu można dojść do wniosku, iż kasy chorych nie do końca spełniły oczekiwania ustawodawcy. Podstawowymi problemami były: brak nadzoru nad ich działalnością, nadmierna samodzielność, co skutkowało licznymi metodami kontraktacji usług medycznych<sup>98</sup>, nieporządek kompetencyjny<sup>99</sup>, brak określonej wzorcowej struktury wewnętrznej kas, dobrowolność w zatrudnianiu<sup>100</sup>, nieprzestrzeganie, a często łamanie regulaminu wynagradzania pracowników zatrudnionych w kasach chorych<sup>101</sup>. Wadą, która uniemożliwiała sprawne działanie kas, było limitowanie świadczeń, co wraz z trudną sytuacją gospodarczą miało negatywny wpływ na pacjentów<sup>102</sup>.

Następnie ministrem zdrowia został Mariusz Łapiński, który zapowiedział reaktywowanie konstytucyjnej zasady odpowiedzialności rządu za prowadzenie polityki zdrowotnej, likwidację kas chorych i finansowanie systemu opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia<sup>103</sup>. Ustawą z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia powołano do życia Narodowy

---

<sup>96</sup> Również przyjęto nowelizację o rozwiązaniu Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych z dniem 1 I 2003 r. i przekazania jego kompetencji Państwowemu Urzędowi Nadzoru Ubezpieczeń.

<sup>97</sup> Składka na ubezpieczenie zdrowotne miała rosnąć o 0,25% rocznie, aż do osiągnięcia poziomu 9%. Sugerowano się w tym przypadku opiniami ekspertów Banku Światowego.

<sup>98</sup> Doszło w efekcie do realizacji kilkunastu polityk zdrowotnych.

<sup>99</sup> Na przykład sejmik wojewódzki był zarówno właścicielem ZOZ i jednocześnie organem powołującym radę kas chorych. Confer A. Koronkiewicz, W. Masłowski, *op. cit.*, s. 49.

<sup>100</sup> Powodowało to, że zatrudniano pracowników bez przygotowania zawodowego i bez kwalifikacji. Vide *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wybrane konteksty teoretyczno-praktyczne*, red. M.D. Głowacka, Poznań 2004, s. 19.

<sup>101</sup> Vide S. Golinowska, *System ochrony zdrowia w Polsce po dotychczasowych reformach*, Warszawa 2004.

<sup>102</sup> K. Jasiołki, *Czy lobbging w Polsce musi kojarzyć się z patologią władzy – To nie kryzys, to rezultat*, „Tygodnik Powszechny” 2003, 28 (2818).

<sup>103</sup> Ministerstwo Zdrowia, Narodowa Ochrona Zdrowia, Strategiczne kierunki działań MZ w latach 2002–2003, Dokument na posiedzenie Rady Ministrów, Warszawa 28 marca 2002 r. <http://www2.mz.gov.pl/wwwmzold/index?mr=&ms=&ml=en&mi=&mx=7&mt=0&my=se&ma> [dostęp: 9 III 2021].

Fundusz Zdrowia<sup>104</sup>, którego celem było zarządzanie środkami finansowymi przekazywanymi na podstawie ustawy oraz zawieranie umów ze świadczeniodawcami. Fundusz również zajmował się kwestią refundacji leków<sup>105</sup>. Struktura terytorialna NFZ składała się z centrali oraz oddziałów wojewódzkich<sup>106</sup>. Na czele centrali stał prezes NFZ, z kolei oddziałem wojewódzkim kierował dyrektor<sup>107</sup>.

Główne zadania Narodowego Funduszu Zdrowia to finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, zarządzanie publicznymi środkami pochodzącymi ze składek, organizowanie i przeprowadzanie konkursów i ofert, a także zawieranie kontraktów o udzielanie świadczeń.

Ponadto NFZ zajmuje się również szeroko rozumianą promocją, wyrażającą się w budowaniu polityki zdrowotnej, tworzeniu środowisk życia i pracy sprzyjających zdrowiu, zachęcaniu społeczeństwa do działań na rzecz zdrowego stylu życia<sup>108</sup>.

Struktura i forma działania Narodowego Funduszu Zdrowia przez kolejne lata ulegały wielu przeobrażeniom. Owe zmiany często były niespójne, a ustawodawca wykazywał się niekonsekwencją w uchwalaniu przepisów regulujących działanie szeroko rozumianego sektora ochrony zdrowia. Niestety wraz ze zmianami nie zadbano o odpowiednie sfinansowanie tego sektora.

Co prawda zdarzały się sytuacje w których niektórzy politycy podkreślali (szczególnie przed aktami wyborczymi), iż polski system ochrony zdrowia potrzebuje niezbędnego zastrzyku finansowego. Postulowano również przeznaczenie znaczących środków na badania naukowe z zakresu nauk medycznych czy nauk o zdrowiu. Dość szybko jednak okazało się, że były to tylko i wyłącznie deklaracje, bowiem polski system ochrony zdrowia zaczął poruszać się w chaosie prawnym, pozostawał bez odpowiedniego finansowania, uwikłany został w spory i przetarasowania polityczne.

Brak właściwego zasilania finansowego jednostek ochrony zdrowia odczuwalny był głównie przez jego beneficjentów. Mimo tego nie podjęto

---

<sup>104</sup> Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, „DURP” 2003, nr 45, poz. 339 z późniejszymi zmianami.

<sup>105</sup> Art. 37 ust. 1–2. Ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, *ibidem*.

<sup>106</sup> W miejsce branżowej kasy chorych powstał w centrali NFZ Departament ds. Służb Mundurowych reprezentowany w poszczególnych oddziałach przez wydziały do służb mundurowych. Art. 38 ust. 5 Ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, *ibidem*.

<sup>107</sup> Art. 38 Ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, *ibidem*.

<sup>108</sup> Confer *Zarys systemu ochrony Zdrowia. Polska 2012*, Warszawa 2012.

żadnych poważnych reform, aby uzdrowić ochronę zdrowia. Uzasadniają to tym, że problemy ochrony zdrowia istnieją również w bogatych państwach, które nie potrafią ich rozwiązać, a zatem podobnie jest w Polsce. Nikt jednak nie spodziewał się tego, że w 2020 r. system ochrony zdrowia będzie poddany swoistemu testowi sprawności i skuteczności działania.

Już pod koniec 2019 r. w mediach pojawiły się pierwsze informacje o potencjalnym i niebezpiecznym wirusie. Początkowo nawet Światowa Organizacja Zdrowia zignorowała te wiadomości, twierdząc, że jest to sianie niepotrzebnej paniki. Początek 2020 r. i wydarzenia, jakie dotknęły cały świat, wskazywały, jak mocno WHO się myliło.

Sytuacja zmieniała się bardzo dynamicznie, a system ochrony zdrowia stawał się niewydolny. Wszystkie bolączki (niepewne przepisy, brak finansowania, upolitycznienie) prowadzą do wniosku, iż należy wprowadzić wiele zmian w myśleniu o sektorze zdrowia, jego działaniu, finansowaniu czy polityce zdrowotnej. Przed Polską zatem nowa perspektywa, która każe zastanowić się, w jakim kształcie ma docelowo działać sektor ochrony zdrowia. Wymaga to poniesienia odpowiednich nakładów, dodatkowych zasobów rzeczowych i ludzkich, a tym samym zupełnie innego podejścia do rozwiązywania problemów zdrowotnych.

## PODSUMOWANIE

Polski sektor ochrony zdrowia przechodził liczne przeobrażenia. Jego zasadnicza transformacja rozpoczęła się na przełomie 1989/1990 r., a dość ważne przemiany zaszły w latach 1997–2003. To w tym okresie pojawiła się nowa koncepcja postrzegania systemu ochrony zdrowia. Niestety w ślad za koncepcjami nie szły konkretne działania, które miałyby rozwiązywać pojawiające się problemy w systemie zdrowia. Prowadzona polityka była dość niespójna, a sami rządzący często deklaratywnie stwierdzali, iż należy zmienić politykę zdrowotną po czym zapominali o niej. Pojawia się zatem pytanie, jak ocenić polski system ochrony zdrowia? Czy transformacja ustrojowa miała wpływ na politykę ochrony zdrowia czy system zdrowia? Wreszcie, czy wyciągnięto jakiegokolwiek wnioski z niedomagań systemu?

Wydaje się, że trudno jednoznacznie ocenić transformację systemu ochrony zdrowia, bowiem nie sposób użyć do tego odpowiednich narzędzi. Gdyby jednak posłużyć się miernikami ekonomicznymi, to okaże się, że w gospodarce wolnorynkowej system ochrony zdrowia winien działać sprawnie, a tym samym finansować tylko niezbędne świadczenia. Z drugiej strony takie podejście powoduje, że z pola widzenia traci się dobro pacjenta i prawo do świadczeń medycznych.

Analizując transformację z perspektywy społecznej, można sformułować tezę, iż nastąpiło wiele pozytywnych zmian, takich jak pojawienie się nowych placówek medycznych, wykształconych pracowników ochrony zdrowia czy innowacyjnych technologii, co ma bezpośredni wpływ na szybkość i sprawność diagnostyki. W związku z powyższym pojawia się pytanie, jak pogodzić w systemie ochrony zdrowia elementy ekonomiczne i społeczne?

Tu dochodzimy do głównego punktu ciężkości omawianego problemu, bowiem nie da się tego dylematu rozstrzygnąć tak, aby zadowolić wszystkich uczestników tego sektora. W ogólnym rozrachunku wydaje się, że pomimo wielu słabości oraz niedoskonałości przemian, jakie doskonały się w systemie ochrony zdrowia, korzyści przewyższają koszty, a zatem proces transformacji należy zaliczyć do pozytywnych zmian, jakie dokonały się w Polsce po 1989 r. Można zatem pokusić się o stwierdzenie, iż transformacja ustrojowa pozytywnie wpłynęła na zmiany polskiego systemu ochrony zdrowia. Przede wszystkim można wykazać to, iż zaczęto dużą wagę przywiązywać do nowości, badań naukowych czy kwestii wizerunkowych. Nie rozwiązano jednak problemów związanych z finansowaniem czy dostępem do świadczeń medycznych. Ostatnia pandemia wymusza, aby nad pojawiającymi niedoskonałościami systemu ochrony zdrowia poważnie dyskutować i wdrażać konkretne reformy, które przede wszystkim przygotowują polski system ochrony zdrowia na takie nieprzewidziane sytuacje. Wymaga to przeprowadzenia gruntownych badań i analiz ryzyk. Ponadto wydaje się, że zmian wymaga system finansowania oraz niektóre instytucje systemu. Miejmy nadzieję, że ustawodawca wyciągnie lekcję z tego gorzkiego i przykrego doświadczenia jakim jest koronawirus.

#### REFERENCES (BIBLIOGRAFIA)

##### Printed sources (Źródła drukowane)

„Dziennik Praw Państwa Polskiego” 1919.

„Dziennik Ustaw Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej” 1975.

„Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej” 1920, 1933, 1948, 1950, 1997, 1998, 2003.

Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 27 kwietnia 2001 r. (sygn. Akt III CZP 12/01).

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, OTK-A 2004, nr 1, poz. 1.

##### Studies (Opracowania)

Balcerowicz L., *Socjalizm, kapitalizm, transformacja*, Warszawa 1997.

Balicki M., Koronkiewicz A., *System organizacji i finansowania opieki zdrowotnej*, w: *Prawo medyczne*, red. L. Kubicki, Wrocław 2003.

Capik M., Capik M., *Status Kasy Chorych*, „Medycyna po Dyplomie” 2001, 10, 7.

Chodubski A.J., *Wstęp do badań politologicznych*, Gdańsk 2006.

- Dercz M., *Samorząd terytorialny w ochronie zdrowia*, Warszawa 2005.
- Dziubińska-Michalewicz M., *Polityka w dziedzinie opieki zdrowotnej*, w: *Polityka społeczna w latach 1994–1996. Procesy regulacji i ich potencjalne skutki*, red. S. Golinowska, Warszawa 1996.
- Dziubińska-Michalewicz M., *Projekty ubezpieczeń zdrowotnych*, „Gospodarka Narodowa” 1995, 1.
- Głowacka M. D., red. *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wybrane konteksty teoretyczno-praktyczne*, Poznań 2004.
- Golinowska S., Czepulis-Rutkowska Z., Sitek M., *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, Warszawa 2002.
- Golinowska S., Tymowska K., Włodarczyk C., *Projekt opieki zdrowotnej w Polsce*, „Gospodarka Narodowa” 1991, 3.
- Golinowska S., *System ochrony zdrowia w Polsce po dotychczasowych reformach*, Warszawa 2004.
- Grała T., *Reformy Gospodarcze w PRL (1982–1989). Próba ratowania socjalizmu*, Warszawa 2005.
- Indulski J., Kleczkowski B., Leowski J., *Organizacja Ochrony Zdrowia*, Warszawa 1972.
- Izdebski H., *Historia administracji*, Warszawa 1984.
- Jasiecki K., *Czy lobbging w Polsce musi kojarzyć się z patologią władzy – To nie kryzys, to rezultat*, „Tygodnik Powszechny” 2003, 28 (2818).
- Jastrzębowski Z., *Spory o model lecznictwa. Opieka zdrowotna w koncepcjach polskiej polityki społecznej w XIX i XX wieku do roku 1948*, Łódź 1994.
- Jończyk J., *Wybrane problemy ochrony zdrowia*, „Prawo i Medycyna” 2004, 6, 1 (14).
- Kołodko G., *Od szoku do terapii. Ekonomia i polityka transformacji*, Warszawa 2002.
- Kornai J., *The Road to a Free Economy. Shifting from a Socialist System. The Example of Hungary*, New York 1990.
- Koronkiewicz A., Masłowski W., *System powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*, Warszawa 2002.
- Kulpa M., *Polityka społeczna rządu koalicji SLD-PSL w latach 1993–1997*, Warszawa 2006.
- Leowski J., *Polityka Zdrowotna a zdrowie publiczne*, Warszawa 2010.
- Leowski J., *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*, Warszawa 2004.
- Leowski J., *Rola i miejsce państwa w systemie ochrony zdrowia*, „Prawo i Medycyna” 2000, 6–7.
- Lutkowski K., *Uwarunkowania polskiej inflacji i proces jej wygasania*, Warszawa 1994.
- Matuszewski H., Poździoch S., *Medycyna społeczna: organizacja ochrony zdrowia*, cz. 3, *Wybrane zagadnienia prawne współczesnej ochrony zdrowia*, Kraków 1978.
- Nosko J., *Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne. Aspekty historyczno-kulturowe*, Łódź 2005.
- Polityka finansowa, stabilizacja, transformacja*, red. G. Kołodko, Warszawa 1991.
- Poździoch S., Włodarczyk C., *Pojęcie i zakres zdrowia publicznego*, w: *Zdrowie publiczne – wybrane zagadnienia*, t. 1, red. A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk, Kraków 2000.
- Prętki K., *Przekształcenia systemu ochrony zdrowia w Polsce po II wojnie światowej*, Poznań 2007.
- Proces reformowania opieki zdrowotnej*, Warszawa 1990
- Roszkowski W., *Najnowsza historia Polski 1980–2002*, Warszawa 2003.
- Sadowska J., *Kasy chorych w Polsce w latach 1920–1933*, Łódź 2002.
- Sadowska J., *Zmiany systemowe w służbie zdrowia 1945–1955 (na przykładzie Łodzi)*, Łódź 2002.

- Sadowski Z., *Niektóre sporne aspekty przemiany systemowej w Polsce*, Poznań 1992.
- Wąsiewicz E.P., *Zdrowie Publiczne i Medycyna Społeczna*, Poznań 2000.
- Wiktorow A., Wiśniewska K., Koronkiewicz A., *Założenia Ubezpieczeń Zdrowotnych Opieka Zdrowotna dla Wszystkich*, „Zarządzanie w opiece zdrowotnej” 1993, 5.
- Wilczyński W., *Ekonomia i polityka okresu transformacji*, Poznań 1996.
- Wismar M., Palm W., Figueras J., Erns K., van Ginneken E., Woerz M., *European Observatory on Health Systems and Policies*, „Observatory Studies Series” 2011, 22.
- Włodarczyk C., *Dekada reform*, „Służba Zdrowia” 1998, 60–62.
- Włodarczyk C., *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej*, Warszawa 1990.
- Włodarczyk C., Poździoch S., *Systemy zdrowotne, zarys problematyki*, Kraków 2001.
- Zarys systemu ochrony zdrowia. Polska 2012*, Warszawa 2012.
- Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wybrane konteksty teoretyczno-praktyczne*, red. M.D. Głowacka, Poznań 2004.
- Zdrowie publiczne: wybrane zagadnienia*, red. A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, C. Włodarczyk, Kraków 2001.
- Zemke-Górecka A., *Status prawny samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i jego prywatyzacja*, Warszawa 2012.
- Żemojda M., Płatkowska-Kułąj A., Kowalski M., *Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia: komentarz*, Warszawa 2003.

#### Websites (Strony internetowe)

- Magnuszewska-Otulak M., *Wybrane problemy polityki zdrowotnej w Polsce*, <http://www.problemypolitykispolecznej.pl/pdf-123176-51333?filename=Wybrane%20problemy%20polityki.pdf> [dostęp: 9 III 2021].
- Markowska-Kabała I., *Uwarunkowania polityczne zmian zachodzących w systemie zdrowia w Polsce*, [http://www.pszw.edu.pl/images/publikacje/t055\\_pszw\\_2011\\_markowska-kabala\\_-\\_uwarunkowania\\_polityczne\\_zmian\\_zachodzacych\\_w\\_systemie\\_ochrony\\_zdrowia\\_w\\_polsce.pdf](http://www.pszw.edu.pl/images/publikacje/t055_pszw_2011_markowska-kabala_-_uwarunkowania_polityczne_zmian_zachodzacych_w_systemie_ochrony_zdrowia_w_polsce.pdf) [dostęp: 8 III 2021].
- Ministerstwo Zdrowia, Narodowa Ochrona Zdrowia, *Strategiczne kierunki działań MZ w latach 2002–2003*, Dokument na posiedzenie Rady Ministrów, Warszawa 28 marca 2002 r. <http://www2.mz.gov.pl/wwwmzold/index?mr=&ms=&ml=en&mi=&mx=7&mt=0&my=se&ma> [dostęp: 9 III 2021].

#### NOTA O AUTORZE

Małgorzata Bielecka – dr nauk humanistycznych. Pracuje na stanowisku adiunkta na Politechnice Koszalińskiej. Zainteresowania naukowe: polityka społeczna, nauki o polityce, europeistyka. Autorka kilkunastu artykułów naukowych, dwóch skryptów akademickich i dwóch monografii.

#### ABOUT THE AUTHOR

Małgorzata Bielecka – PhD in humanities. She works as an assistant professor at the Koszalin University of Technology. Research interests: social policy, political science, European studies. Author of several scientific articles, two academic scripts and two monographs.