



## Raport Think Tanku Feministycznego 2007/01

Ewa Charkiewicz

### **Jesteś kapitałą. Choroba jako towar na rynku usług medycznych<sup>1</sup>** **Feministyczna analiza reform służby zdrowia**

- Czerwiec 2006. 15-letnia Klaudia chora na nowotwór przewodu pokarmowego nie będzie leczona. Narodowy Fundusz Zdrowia odmówił zgody na operację i refundację leku zalecanego przez lekarzy. Zgodnie z prawem lek można refundować tylko dorosłym od 18-ego roku życia.
- Pani Elżbieta ma 42 lata. Choruje na raka piersi. Wiosną 2006 przeszła chemioterapię, która niewiele pomogła. Przez cztery miesiące czekała na leczenie nowoczesnym preparatem przeciwrakowym – herceptyną. Trzymiesięczne leczenie kosztuje 37 tys. Proteza kosztuje ‘tylko’ 1000 złotych<sup>2</sup>.
- Luty 2007 – W *Fakcie* pojawia się dramatyczny artykuł o limitach na porody. Ministerstwo Zdrowia dementuje tę informację, niemniej wprowadzenie dyscyplin finansowych wobec szpitali (uszczegółowienie i zwiększenie zakresu sprawozdawczości i większy zakres kontroli

---

1 Raport ten powstał na podstawie studium przypadku przygotowanego na kurs online „Wprowadzenie do feministycznej krytyki ekonomii”. Serdecznie dziękuję wszystkim uczestniczkom kursu i koleżankom z Think Tanku Feministycznego za ich cenne komentarze i wkład do dyskusji nad studium przypadku reformy opieki zdrowotnej.

2 Zob. artykuł Adama Leszczyńskiego, *Ile kosztuje życie*, GW 13.01.07  
<http://serwisy.gazeta.pl/kraj/1,34314,3846106.html>

nad wydatkami szpitali) faktycznie taki limit wprowadza, zwłaszcza w odniesieniu do „zdrowia reprodukcyjnego” - ponieważ poród potraktowany jest jako jeden wyizolowany i uprzywilejowany finansowo przypadek medyczny w życiu kobiety<sup>3</sup>. (Co nota bene wskazuje, iż dla państwa kobiety przede wszystkim pełnią rolę surowca reprodukcyjnego).

- Marzec 2007. Po decyzji Trybunału Konstytucyjnego odwołującej się do poszanowania prawa do prywatnej własności, komornik zajmuje konto Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej Akademickiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu. Wstrzymane są operacje, zagrożone jest życie dzieci.
- Kwiecień 2007 w Poznaniu radni dyskutują o sfinansowaniu szczepionki reklamowanej jako profilaktyka raka szyjki macicy. Z racji na ograniczone środki szczepionka ma być dostępna dla dziewczynek – dziewcząt poniżej 16-ego roku życia<sup>4</sup>.

Celem tego tekstu jest naszkicowanie analizy systemowych założeń reform służby zdrowia i przeanalizowanie dyskursu poprzez który reforma jest wdrażana. Analizę dyskursu reformy zdrowia rozpoczęłam od konkretnych przykładów, aby usytuować dyskusję o reformie w doświadczeniach kobiet i mężczyzn i ukazać co z perspektywy jednostki i praw człowieka, w tym praw kobiet, oznacza ekonomiczny wymiar decyzji o leczeniu. W drugiej części raportu, opierając się na dokumentach dotyczących reformy<sup>5</sup> przedstawię w zarysie proces reform, oraz instrumenty finansowe i inne rozwiązania, za pomocą których reformy są wdrażane. W trzeciej części podejmę analizę dyskursu reform i neoliberalnych sieci perswazji, które skolonizowały publiczną wyobraźnię, sprawiając, że obecna finansowa rama reform jest uznawana za jedyną ‘prawdziwą’ i ‘właściwą’. W czwartej części podejmę analizę z perspektywy feministycznej krytyki ekonomii, co można zrobić w ramach dominującego, neoliberalnego paradygmatu reform, a także, jakie uwarunkowania i

3 [http://www.dziennik.pl/De...ArticleId=28475,ElzbietaCichocka,GazetaWyborcza,2007-01-19,http://poznan.echomiasta.pl/archiwum.php?artykuly\\_id=245&a=47](http://www.dziennik.pl/De...ArticleId=28475,ElzbietaCichocka,GazetaWyborcza,2007-01-19,http://poznan.echomiasta.pl/archiwum.php?artykuly_id=245&a=47)

4 Dodać należy, iż nie jest to szczepionka przeciwko rakowi szyjki macicy, choć tak jest reklamowana, ale przeciwko wirusowi hpv, który może współwystępować z rakiem, ale nie musi, natomiast na pewno go nie powoduje. [http://www.nfz-wroclaw.pl/?tytul\\_link=8978&kiedy=&site=prasa&kat=prasowka](http://www.nfz-wroclaw.pl/?tytul_link=8978&kiedy=&site=prasa&kat=prasowka)

5 Ustawy z 1999, 2003 i 2004 i dokumenty na witrynach Ministerstwa Zdrowia [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl) i Narodowego Funduszu Zdrowia [www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl); Raporty: *Finansowanie Zdrowia w Polsce* Zielona Księga Ministerstwa Zdrowia, 2005; *Projekt reformy ochrony zdrowia* - Raport CASE-Doradcy i Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum UJ. 2005 na [www.case-doradcy.com.pl](http://www.case-doradcy.com.pl); *Raport o ochronie zdrowia w Polsce. Co zrobić, aby nowoczesna medycyna była dostępna dla pacjentów*. Adam Kozierkiewicz. Wojciech Misiński, Andrzej Sośnierz i Tomasz Teluk. Raport Instytutu Globalizacji, finansowany przez firmy Merck i MSD Polska sp. z o.o. [www.globalizacja.org](http://www.globalizacja.org); *Polityka Zdrowotna* 2005, i 2006. Wydawnictwo Instytutu Polityki Ochrony Zdrowia Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, oraz materiały z internetowego przeglądu prasy i z poszukiwań hasła ‘reforma zdrowia’ w google.pl;

rozwiązania stają się widoczne, kiedy na reformy spojrzymy wychodząc poza te ramy. We wnioskach streszczam raport i przedstawiam genderowo-społeczne i polityczne konsekwencje przemiany służby zdrowia w rynek usług medycznych.

### **O reformach służby zdrowia - w skrócie**

Reformy służby zdrowia zaczęły się w latach 1980-ych. Na początku lat 1990-ych zapanowała moda na decentralizację. Szpitalami i przychodniami miały zarządzać władze lokalne, którym nie zapewniono jednak dostatecznych środków na finansowanie opieki zdrowotnej. Decyzje o pieniądzach i o koncepcjach organizacji służby zdrowia podejmowane są na szczeblu państwa, a nie gminy czy powiatu. Od 1990 roku w Polsce przygotowano cztery kolejne narodowe strategie/programy zdrowia<sup>6</sup>. Według tych programów zdrowie jest prawem i wartością dla jednostki, a zarazem zasobem i podstawą trwałego społeczno-ekonomicznego rozwoju kraju. Programy opierały się o analizy stanu zdrowia ludności, oraz identyfikowały problemy medyczne o największym zasięgu społecznym – jako priorytety dla polityki ochrony zdrowia. Zdrowie definiowano w szerokim wymiarze społecznym (warunki i jakość życia). [Wstępny ramowy projekt Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006-2015](#), nie został ukończony, a szeroki wymiar definicji zdrowia, poza problem medyczny, miało później ułatwić przetransferowanie odpowiedzialności za zdrowie na jednostkę. W połowie lat 1990. pojawił się dyskurs, inicjowany przez Ministerstwo Finansów i ekspertów Banku Światowego, który ujął system opieki zdrowotnej jako problem zarządzania, a przede wszystkim finansowania. Dyskurs ten wprowadził model firmy jako wzorzec organizacji placówek służby zdrowia, oraz model aktywnego, przedsiębiorczego pacjenta i pacjentki, która ponosi indywidualną odpowiedzialność za swoje zdrowie i jego utrzymanie. Pacjent czy pacjentka zostali przeobrażeni w klientów. Klient jako racjonalny podmiot ekonomiczny nie tylko sam odpowiada za swoje zdrowie, ale także za ubezpieczenie ryzyka utraty zdrowia. Klienci są waloryzowani pod kątem ich różnej siły nabywczej.

W ramach organizacyjno-prawnych dyskursach reform służby zdrowia choroba czy inna utrata zdrowia jest więc ujęta jako towar (procedura medyczna i jej wycena), a leczenie jest reorganizowane jako rynek usług medycznych. Obecnie mamy jeszcze do czynienia ze starciem i przenikaniem się dwóch podejść: racjonalności społecznej (humanistycznej), gdzie reforma powinna zmierzać do zabezpieczenia potrzeb i oparta jest na prawach człowieka (gwarantował to artykuł 68 Konstytucji z 1997 roku), a zdrowie jest ujęte szeroko, także jako kwestia jakości życia - z racjonalnością ekono-

---

6 Pierwszy narodowy program ochrony zdrowia powstał w latach 1970-ych.

miczną (neoliberalne dyscyplinarne zarządzanie wywiedzione z teoretycznych założeń ekonomii neoklasycznej<sup>7</sup>).

O ile w dotychczasowej praktyce reform mieliśmy do czynienia z hybrydą dwóch modeli, to należy podkreślić, iż model zabezpieczenia potrzeb jest schyłkowy. W 1997 roku przyjęta została ustawa, która reorganizowała służbę ochrony zdrowia jako rynek usług medycznych. Ustawa weszła w życie dwa lata później. Świadczenia zdrowotne zagwarantowane ustawą zapewniać miały regionalne i branżowe kasy chorych, które w wyniku konkursu ofert zawierały umowy ze świadczeniodawcami. Ustawa wprowadziła marketyzację (wprowadzenie racjonalności ekonomicznej do służby zdrowia) - bez prywatyzacji. Reforma AWS zreorganizowała służbę zdrowia w rynek usług medycznych, gdzie dopuszczono także prywatnych świadczeniodawców i wprowadziła dyscyplinarne zarządzanie przez finanse. Ostatecznym arbitrem decyzji o podjęciu bądź zaniechaniu leczenia i metodach terapii, dysponentem składek i płatnikiem usług medycznych były regionalne kasy chorych. Jej wejściu w życie towarzyszyły protesty pielęgniarek i lekarzy. Zamykanie szpitali, niskie płace, redukcja zatrudnienia, intensyfikacja pracy, przerzucanie społecznych kosztów neoliberalnych reform na jednostki przez wymuszanie samo-zatrudnienia przy jednoczesnym wzroście wymagań i odpowiedzialności przyczyniły się do strajków, głódówek i okupacji szpitali. W 2003 roku (za rządów SLD i PSL, ale także głosami UD) doszło do korekty ustawy AWS - wprowadzona została kolejna ustawa o powszechnym dostępie do świadczeń. Zamiast regionalnych kas chorych wprowadzono Narodowy Fundusz Zdrowia, finansowany ze składek świadczeniobiorców i dotacji celowych. Ustawa została zmieniona i uzupełniona w 2004 roku po orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego, w związku z którym w NFZ nastąpiło przesunięcie dyspozycji środkami ze składek do oddziałów NFZ. W 2005 roku powstała Agencja Oceny Technologii Medycznych, której celem jest ustalenie standardowych wycen kosztów leczenia. Niski budżet oraz olbrzymi zakres zadań sprawiły, że wycena podstawowego koszyka nie mogła być dokonana. Dopiero w czerwcu 2007 roku powstał projekt koszyka podstawowych usług i ich wycena, a do jego kompletnego opracowania jeszcze długa droga. Poza tym, rozwiązanie to jest wątpliwe samo w sobie, bo bardziej służy do ułatwienia rozliczeń między dysponentami składek a firmami medycznymi niż pacjentom. Z perspektywy pacjentów, jeśli choroby nie ma na liście refundowanych procedur, to znaczy, że NFZ nie pokryje kosztów leczenia. Procedury i ich wycena są więc technologiami władzy nad zdrowiem i życiem ludzi.

Kolejne reformy nie zapewniały środków finansowych na ich wdrożenie. Nie było to spowodowane brakiem środków, ale skutkiem przyjęcia neoliberalnej ramy dla reform strukturalnych.

---

7 Ekonomia neoklasyczna - zob. definicja w Encyklopedii PWN <http://encyklopedia.pwn.pl/haslo.php?id=3946625>; także w trzeciej części tego raportu.

Ostatnia akcja oddłużania szpitali miała miejsca w bieżącym roku, przy czym do oddłużenia wybrano tylko kilkanaście szpitali. Pozostałe szpitale będą musiały upaść, a więc ma miejsca likwidacja przez bankructwo (przez destrukcję istniejącej infrastruktury). Taka strategia oznacza odebranie bądź pogorszenie dostępu do opieki zdrowotnej (w sensie kosztów transportu i czasu) a koszty przerzucane są na pacjentów i ich rodziny, co szczególnie dotknie gospodarstwa niskodochodowe.

W reformach tych nie chodzi o zdrowie ludzi i prawa człowieka, w tym prawa kobiet, ale o 'uzdrowienie' budżetu państwa poprzez redukcje wydatków na tzw. sektory społeczne, oraz o otwarcie nowego obszaru dla ekspansji kapitału finansowego (zyski od inwestycji w prywatne firmy medyczne i ubezpieczeniowe). Punktem wyjścia i ramą zmian w systemie opieki zdrowotnej jest reforma wydatków publicznych (w ramach której państwo funkcjonuje jako firma) i polityka makroekonomiczna, która służy do wdrażania programu konwergencji z euro i związanych z tym zobowiązań (zmniejszenia wskaźników deficytu budżetowego i długu publicznego, oraz utrzymanie niskiego poziomu inflacji). O leczeniu bądź jego zaniechaniu, a więc o życiu człowieka przesądzają argumenty finansowe. W dokumentach dotyczących reformy zdrowia nie ma wiele stwierdzeń na temat zdrowia, najważniejsze zagadnienia to zamknięcie kosztów w ramach składek, standaryzacja procedur i wycena usług medycznych. Niskie wynagrodzenia 'białego personelu' są skutkiem przyjęcia takich systemowych ram dla strukturalnych reform służby zdrowia.

Ministerstwo Zdrowia w rządzie PiS, Samoobrony i LPR planuje przygotowanie i wejście w życie od 1 stycznia 2008 ustawy o dobrowolnych ubezpieczeniach dodatkowych. Oznacza to powrót do wdrażania koncepcji reform opartych na marketyzacji i prywatyzacji służby zdrowia. Proponuje między innymi koszyk świadczeń gwarantowanych, dodatkowe ubezpieczenia pielęgnacyjne (dla osób starszych) oraz finansowanie kosztów leczenia osób, które uległy wypadkom z ubezpieczenia sprawców wypadków. Ministerstwo obiecuje także koszyk usług gwarantowanych z tytułu płacenia składki<sup>8</sup>. Jednocześnie rozwija się prywatny segment rynku. Potencjał polskiego rynku prywatnych usług, świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych, to ok. 6-12% populacji (2-4 mln osób) oraz rozmiar rynku w kwocie około 20 mld zł, z możliwością jej podwojenia lub nawet potrojenia w przyszłości – ocenia prof. Romuald Holly<sup>9</sup>. Te dwutorowe zmiany pokazują, iż reformy wdrażane poprzez kolejne ustawy zmierzają do wytworzenia rynku na usługi medyczne oraz na ubezpieczenia.

Kierunek reform wicepremier Zyta Gilowska podsumowała niedawno w ten sposób - *Ministerstwa zdrowia i finansów chcą, by szpitalami nie kierowali lekarze, a sprawni menedżerowie, któ-*

---

8 z programu zmian przyjętego przez Radę Ministrów w sierpniu 2006.

9 Dziennik Ubezpieczeniowy 1649, 2007-02-03

*rzy powstrzymają zaciąganie długów i sprawią, że pieniądze, które placówki dostaną, będą wydawane sensownie<sup>10</sup>*

Sprawni managerowie zapewnią, że szpitale utrzymają płace personelu w ryzach i wykluczą tzw. nadwykonania czyli nie będą podejmować leczenia bez kontraktów z NFZ czy bez uzyskania gwarancji samorządu o zwrocie kosztów leczenia osób pozostających w gestii opieki społecznej. Osoby, które nie mają uprawnień, albo muszą same płacić, albo nie będą leczone.

#### **Kto ma uprawnienia (zgodnie z ustawami z 2003 i 2004 roku)**

Polska Konstytucja z 1997 roku mówi o powszechnym dostępie do opieki zdrowotnej. Ale już ustawy, nawet jeśli mają 'powszechny dostęp' w tytule, wcale tego nie gwarantują. Dostęp mają określone kategorie osób: osoby zatrudnione, emeryci, renciści (ZUS), rolnicy (KRUS), osoby zarejestrowane jako bezrobotne, zgłoszeni członkowie rodziny t.j. dzieci do 18 lat i do 26 lat jeśli się uczą; małżonkowie (chyba, że prawomocny wyrok o separacji); wstępni, jeśli są w tym samym gospodarstwie domowym. Kobiety w czasie ciąży i porodu, matki na urloпах wychowawczych, osoby uzależnione od środków odurzających, a także osoby przebywające w aresztach i więzieniach mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych dla ubezpieczonych. Analogiczne uprawnienia mają także księża, zakonnicy, kombatanci, osoby represjonowane. Przy podjęciu pracy za granicą, nawet sezonowej, dana osoba traci uprawnienia do ubezpieczenia w Polsce. Zakłada się, że nabywa uprawnienia w innym kraju. Z punktu widzenia konkretnych osób poszukujących pracy za granicą, często podejmujących ją „na czarno” sprawa ta wygląda zupełnie inaczej, jako odebranie im możliwości ratowania zdrowia w przypadku choroby. Z braku badań nie wiadomo jak liczna jest grupa osób, które podejmują tymczasową pracę zarobkową, nie rejestrują się jako bezrobotne i nie mają uprawnień do bezpłatnej opieki zdrowotnej. Część obywaterek i obywateli (osoby nie pozostające w formalnym stosunku pracy, niezarejestrowane jako bezrobotne, czy nie będące członkami rodziny gdzie współmałżonek pracuje bądź ma uprawnienia emerytalne) nie mają uprawnień do bezpłatnej opieki zdrowotnej. Jest to sprzeczne z Konstytucją, ale nie było przedmiotem skargi do Trybunału Konstytucyjnego. Należy dodać, że w projekcie konstytucji przygotowanym przez PiS w 2005 roku prawo do powszechnej opieki zdrowotnej zostało wykreślone.

Osoby nieubezpieczone są leczone za odpłatnością. Za osoby nie objęte ubezpieczeniem zdrowotnym i nie posiadające środków własnych i korzystających z pomocy społecznej składki czy

<sup>10</sup> Relacja Dziennika z konferencji prasowej. (Dziennik z 2007-02-05).

koszty świadczeń (np. dla osób bezdomnych) powinny płacić gminy w ramach zleconych zadań. Nie oznacza to wprost uprawnień osób ubogich, lecz obowiązek pomocy przez gminę. Na gminie spoczywa także obowiązek weryfikacji sytuacji majątkowej danej osoby. Szpital może dochodzić zwrotu kosztów leczenia takich osób na drodze sądowej. W budżecie na 2005 rok dotacja (za 1 550 leczonych osób w całej Polsce) wyniosła 5,2 mln. (Dla porównania, liczba bezdomnych tylko w Krakowie szacowana jest na 7700 osób). Minister zdrowia w rządzie AWS, pani Cegielska podkreślała, że szpital nie powinien podejmować leczenia osób bezdomnych bez wcześniejszego uzgodnienia z gminą czy poniesie takie koszty. Warto zwrócić uwagę na zróżnicowany stosunek państwa do obywateli i obywateli, którzy posiadają środki do życia, a tymi, którzy nie mają stałych środków utrzymania, oraz na dyscyplinarne zaangażowanie osób ubogich, jednostek administracji i 'służby' zdrowia w procedurach udowadniania, weryfikacji uprawnień oraz egzekwowania zwrotu kosztów leczenia szpitalom.

#### **Składki jako główne źródło finansowania**

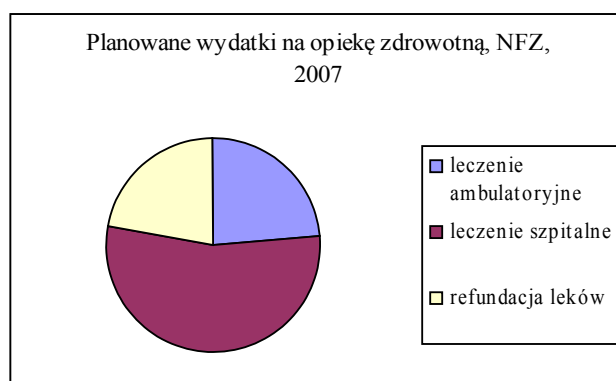
Głównym źródłem finansowania w przyjętym w reformach 1999, 2003 i 2004 systemie ubezpieczeniowym są składki od dochodów i wynagrodzeń. Z wyjątkiem funduszy celowych (na koszty leczenia zarejestrowanych osób bezrobotnych, rolników (KRUS), osób uzależnionych, psychicznie chorych, więźniów, czy żołnierzy, oraz osób bezdomnych), które mają w sumie niewielki – 6,34 % udział w budżecie jakim w 2007 roku dysponuje NFZ - wszystkie pozostałe koszty opieki zdrowotnej finansowane są i muszą się zamknąć w ramach składek. (Wiąże się to ze zobowiązaniami do redukcji deficytu budżetowego). Za opiekę zdrowotną większość Polek i Polaków płaci z własnych wynagrodzeń, a pośrednikiem dysponującym składkami jest Narodowy Fundusz Zdrowia<sup>11</sup>.

W 2004 roku 57 % przychodów NFZ pochodziło ze składek, w budżecie na 2007 rok już 93,67 %. Od tamtej pory wysokość stawki wzrosła. W 2007 osoby ubezpieczone (przykład dotyczy osób zatrudnionych, inna metodologia dotyczy przedsiębiorców czy rolników ubezpieczonych w KRUS) będą płaciły - 9 % wynagrodzenia (potrącana z zaliczki na podatek dochodowy; razem składki na wszystkie ubezpieczenia społeczne wynoszą 18,71 % wynagrodzenia). Wpłaty składek na opiekę zdrowotną przelewane są na konto Narodowego Funduszu Zdrowia i nie wchodzi w skład budżetu państwa. NFZ jest depozytariuszem składek. Dyskursywna wojna toczy się o to, aby przyspieszyć prywatyzację dochodowych placówek, zlikwidować NFZ i umożliwić ekspansję prywatnego rynku na ubezpieczenia.

<sup>11</sup> Zob. < <http://www.nfz.gov.pl> >

Kosztami opieki zdrowotnej obciążone są przede wszystkim indywidualne dochody ludności. Jednocześnie nakłady na finansowanie ochrony zdrowia z budżetu państwa systematycznie się zmniejszają. (W okresie od 1999 do 2003 roku o ponad 40 proc.). W imię polityki 'zdrowego budżetu' następuje redukcja wydatków socjalnych, w tym wydatków na opiekę zdrowotną. Oprócz składek - według wyliczeń Zielonej Księgi, 2004 - gospodarstwa domowe wydają średnio 48 pln. miesięcznie na wydatki na ochronę zdrowia, z tym że w gospodarstwach emerytów wydatki te stanowią 10 proc. dochodów. (Ta statystyczna średnia zaciemnia sytuację w gospodarstwach niskodochodowych, gdzie udział wydatków na ochronę zdrowia jest rzecz jasna wyższy; w wielu wypadkach osoby z niskimi dochodami stoją przed trudnymi wyborami, czy skromne środki przeznaczyć na tzw życie, czy na koszty leków).

W roku 2007 plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia wynosi 40,1 mld złotych (40 111 223 tys.) w tym ze składek 37 mld złotych (37 267 189 tys.). Za 10 mln rolników (KRUS) i osób bezrobotnych na konto NFZ wpływa 2,6 mld złotych. Jak środki te będą rozdysponowane? W 2007 roku planowane wydatki na podstawową ambulatoryjną opiekę wynoszą 7.5 mld (7 503 467 tys.), na leczenie szpitalne 16, 9 mld (16 957 063 tys), a na refundację leków 7 mld ( 7 044 366). Ta ostatnia pozycja ma największy wskaźnik wzrostu<sup>12</sup>. Jak wskazują autorzy Zielonej Księgi (2004), w latach 1999 – 2003 wydatki na leki wzrosły o 49 % , podczas gdy wydatki na płace – przy wzroście personelu – o 18 %. Z punktu widzenia firm farmaceutycznych i świadczących usługi medyczne istotny jest rozmiar ciastka do podziału, czyli ile można uzyskać w ramach kontraktów i refundacji za leki czy wykonane usługi od Narodowego Funduszu Zdrowia. Nic więc dziwnego, że zarówno 'wielka farma', jak i KPP Lewiatan zabiegają o wzrost wydatków z budżetu na ochronę zdrowia.



**Rozmiar rynku usług medycznych w Polsce: 40 111 223 tys. złotych**

12 <<http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=10&artnr=2292>>



## Dyscyplinowanie przez finanse

Wbrew dyskursowi o zapaści, katastrofie i marnotrawstwie środków w „państwowej” służbie zdrowia, jak wskazują dane z Zielonej Księgi, w latach 1996 – 2001 efektywność ekonomiczna szpitali (więcej pacjentów przy zmniejszonych nakładach) zwiększyła się. Jednocześnie, szpitale 'walczą' z zarządzającym składkami NFZ o zwrot kosztów, a lekarze i średni personel medyczny spędzają coraz więcej czasu na czynnościach administracyjnych i sprawozdawczości finansowej. Można przyjąć, że problemem nie tyle jest jakość i efektywność lecznictwa szpitalnego, co bezustanne mobilizowanie, za pomocą dyskursu o zapaści do inkrementalnych zmian na rzecz marketyzacji służby zdrowia i zamknięcia kosztów leczenia w ramach składek. Zdrowie staje się więc towarem na prywatną subskrypcję. Przy czym Polska ma jeden z najniższych udziałów wydatków na ochronę zdrowia w PKB w OECD, a także najniższy udział środków publicznych w finansowaniu opieki zdrowotnej. Wydatki na ochronę zdrowia *per capita* z budżetu państwa zmniejszają się<sup>13</sup>. Jednocześnie koszty leczenia, w tym głównie koszty leków rosną<sup>14</sup>, co sugeruje, że „klienci” płacą więcej i dostają mniej. Zarówno dla NFZ, który zarządza i dysponuje składkami, jak i dla gospodarstw domowych największy wzrost kosztów dotyczy leków. W NFZ jest to pod względem wielkości druga po leczeniu szpitalnym pozycja w budżecie. Inne wydatki (na leczenie szpitalne i ambulatoryjne) pozostają bez zmian<sup>15</sup>.

W niejasnej sytuacji<sup>16</sup> szpital kieruje się sprzecznymi racjonalnościami. Z jednej strony jest po to, żeby ratować zdrowie i leczyć, z drugiej strony musi funkcjonować w ramach reżimu finansowego. Inaczej, popadnie w długi i - jak każda inna firma – zbankrutuje. Pogorszy się dostęp pacjentów do leczenia, a część personelu straci pracę. Reżim finansowy wyznaczają kontrakty z NFZ. Dyscyplinowanie finansowe jest możliwe, ponieważ odpowiedzialność za leczenie (dostarczenie usługi) ponoszona jest przez przychodnie czy szpitale, ale środkami finansowymi dysponują oddziały NFZ, bez jakichkolwiek mechanizmów odpowiedzialności politycznej za zabezpieczenie potrzeb ludzi na ochronę ich zdrowia. Ustawodawca ograniczył działalność NFZ tylko wysokością budżetu, gdzie środki pochodzą przede wszystkim ze składek i wpłat za realizację zadań celowych (np.

13 Dane 1995-2002, ZK str. 57

14 Dane za 1999 – 2003, ZK, str. 80

15 Cezary Włodarczyk. Refleksja na temat tendencji w dziedzinie korzystania i wydatków na ochronę zdrowia w Polsce.

16 W kwietniu 2006 powiatowy szpital w Trzebnicy przeprowadził operację przeszczepu ręki od zmarłego dawcy. Pierwsze trzy miesiące leczenia kosztowały 88 tys. Szpital do dzisiaj nie otrzymał zwrotu kosztów. – *Placimy tylko za zamówione operacje*, mówi Paweł Trzeciński, rzecznik resortu zdrowia.

leczenie uzależnień czy koszt opieki szpitalnej dla osób bezdomnych). U podstaw takiego prawnego rozwiązania jest założenie, że rynek sam z siebie rozwiąże problem efektywnej alokacji środków na leczenie i wpłynie na poprawę jakości usług. Rynek nie jest jednak mechanizmem zabezpieczania potrzeb. Rynek jest mechanizmem handlu (wymiany). Wyklucza jednostki nie posiadające siły nabywczej. Nie należy więc odpowiedzialnością obarczać NFZ, ale Ustawodawcę, który podporządkowuje się i wdraża dominujący paradygmat neoliberalnego dyscyplinarnego zarządzania.

*....Bez kolejek i limitów ze świadczeń opieki zdrowotnej skorzystają pacjenci z chorobami układu krążenia, nowotworowymi, ofiary wypadków, dzieci oraz kobiety w ciąży. Reszta świadczeń będzie dostępna w ramach limitów i zgodnie z kolejką. Jeśli limit się wyczerpie, trzeba będzie czekać. Każdy kto nie chce czekać na zabieg w kolejce będzie mógł się dodatkowo ubezpieczyć. Jeśli zachoruje, ubezpieczalnia zapłaci za jego leczenie - podaje Dziennik w relacji o planach ministra Religii (dla którego, sic! składki to 'środki publiczne') „Dostęp do opieki medycznej ma być równy, ale w ramach tego ile jest pieniędzy publicznych” - mówi minister Religa<sup>17</sup>.*

Ta wypowiedz ministra jest kolejnym kluczem do zrozumienia istoty reform. Koszty opieki zdrowotnej pokrywane są ze składek (które, co warto zauważyć, minister określa jako środki publiczne, nie postrzega swojego urzędu jako odpowiedzialnego depozytariusza składek i pośrednika między obywatelami a firmami medycznymi), a leczenie nie jest podejmowane dlatego, że ktoś jest chory i trzeba ją/jego wyleczyć, czy zapewnić profilaktykę, ale w ramach finansowych, ograniczonych pulą składek i regulacji prawnych dotyczących wydatków publicznych.

### **Metodologie wycen – choroba jako towar**

Jeśli relacje między tzw. płatnikiem, czyli NFZ – dysponentem składek, a tzw. świadczeniodawcami (szpitale, przychodnie, prywatne praktyki lekarzy, pielęgniarki, etc.) podporządkowane są ramom budżetu dostępnego ze składek i regulowane przez przepływ środków finansowych, to miejscem walki strategicznej jest kalkulacja kosztów, ustalanie wycen i stawek, czy punktowy system wycen pracy. To właśnie niskie wyceny stawek dla osób samo-zatrudniających się i niski poziom płac są jednym z powodów protestów lekarzy i pielęgniarek. Ale, co jest pomijane, to że wyceny i stawki przeobrażają chorobę (zdefiniowaną przez techniki medyczne przypadek utraty zdrowia) w towar oraz kreują i organizują rynek usług medycznych.

<sup>17</sup> <http://www.money.pl/gospodarka/wiadomosci/artukul/koszyk;religii;-rewolucja;w;sluzbie;zdrowia,15,0,227599.html>

Nowy dyskurs ujmuje zdrowie i chorobę z perspektywy kosztów leczenia. Jego przedmiotem nie jest jednak zdrowie, ale definicja i klasyfikacja przypadków utraty zdrowia, czyli choroby, oraz powiązana z tym klasyfikacja technologii medycznej i jej wycena. To nie lekarz, ale ustawy i rozporządzenia o zasadach alokacji środków (w oparciu o klasyfikację procedur, technologii medycznych i ich wyceny) egzekwowane przez finansowe dyscyplinowanie placówek służby zdrowia przesądzają o leczeniu bądź jego zaniechaniu. Wycena stawek ubezpieczeniowych czy technologii medycznych jest finansową reprezentacją choroby. Potencjalnie chorzy dysponujący siłą nabywczą płacąc procent od dochodów (do budżetu NFZ), albo stawkę według grup ryzyka firmom ubezpieczeniowym zawierają transakcje gdzie przedmiotem jest ubezpieczenie od utraty zdrowia – czyli pokrycie kosztu usług medycznych w przypadku choroby. Choroba to już nie tylko produkt dyskursu medycznego, jak pisał Foucault w *Narodzinach kliniki*, ale także produkt finansowy. Dostarczyciele usług medycznych (przychodnie czy szpitale) dokonują transakcji z ubezpieczycielami (oddziały NFZ czy prywatne firmy), gdzie przedmiotem zawieranych umów nie jest wyleczenie pacjenta czy pacjentki, ale procedura medyczna (związana z daną chorobą czy utratą zdrowia spowodowaną na przykład wypadkiem) i wycena czyli techniczno-finansowa reprezentacja choroby. W ten sposób, choroba przemieszczona z dyskursu medycznego do dyskursu ekonomicznego nie jest kwestią utraty zdrowia czy ratowania życia, ale staje się towarem, który jest waloryzowany przez rynek na usługi medyczne. Rynek ten jest regulowany przez ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, przez techniki ustalania ryzyka utraty zdrowia, klasyfikację usług medycznych i techniki ich wyceny, a zarazem przez metody zarządzania przychodniami czy szpitalami jako przedsiębiorstwami, które muszą kierować się kalkulacją kosztów, unikać strat (np. leczenie bez kontraktu z ubezpieczycielem czy z oddziałem NFZ) i maksymalizować zyski. Warto zwrócić uwagę, iż zarządzanie, w tym zarządzanie rynkiem na usługi medyczne nigdy nie jest neutralne pod kątem płci czy klasy, w interakcji z patriarchalną kulturą finansowe dyscypliny odtwarzają system kontroli nad kobietami i reprodukcją ludzi<sup>18</sup>, a zarazem służą do modernizacji patriarchy i jego utrwalenia w gospodarce rynkowej.

Procedury i ich wycena przesądzają o życiu, jakości życia bądź śmierci pacjentów. Ilustrują to przykłady, na początku tego raportu. Przyjrzyjmy się więc kilku wybranym **metodologiom wyceny usług medycznych i ubezpieczeniowych**, poprzez które to przeobrażenie służby zdrowia w rynek chorób jest wdrażane. W obowiązujących ramach (wysokość budżetu NFZ zdeterminowana przez wysokość składek) NFZ nie ma wielkiego wyboru, korzysta ze swojej uprzywilejowanej pozycji i gra

---

18 Ministerstwo Zdrowia (minister Piecha, a także główny konsultant ginekologiczny prof. Chazan) proponują zrównanie stawek na porody ‘fizjologiczne’ i porody przez tzw. cięcie cesarskie. Ministerstwo nie zabrania ‘cesarek’, ale przy pomocy dyscyplin finansowych skłonić ma szpitale, aby z nich zrezygnowały. W opinii prof. Chazana, kobieta ma rodzić w bólu, bo to ‘naturalne’, a ‘cesarki’ mogą rzekomo skłaniać kobiety do ograniczenia płodności. URL <http://fakty.interia.pl/zdrowie/news/kobietow-bolach-rodzic-bedziesz,898825,3>

na zaniżanie wyceny usług medycznych. Z kolei dyrekcja placówek medycznych gra na 'przechytrzenie' NFZ. Uzależnienie leczenia od pieniędzy jest moralnie naganne, toteż personel szpitali wybiera mniejsze zło i produkuje fikcyjne statystyki medyczne, aby otrzymać wypłaty z NFZ na pokrycie kosztów leczenia. Wszyscy są uwikłani w nieludzki system, chociaż nie wszyscy czerpią z tego takie same korzyści. System ten zorganizowany jest według modelu wojny, gdzie wszyscy walczą ze wszystkimi - a nie jako poszukiwanie rozwiązań w polu wspólnego dobra, jakim jest zapewnienie opieki zdrowotnej całemu społeczeństwu i wszystkim jednostkom, co zakłada polska Konstytucja z 1997 roku.

**Hospitalizacje** (opłata za osobodzień) - krytykowane z powodu założenia, że szpitale będą oszukiwać (Ale porównanie danych z kolejnych lat pokazuje, że czas pobytu pacjentki, pacjenta w szpitalu został skrócony.)

**Budżet historyczny** – pozwala porównać wydatki w przekroju czasowym w konkretnej jednostce, priorytetyzuje ich zmniejszenie, ale nie pozwala na porównania np. między dostawcami usług.

**Liczba przyjętych pacjentów** - ocenia efektywność wydatków, ale nie uwidacznia różnic w kosztach rodzajów leczenia.

**Jednorodne grupy pacjentów** (ang. DRG) – wycena kosztów za usługi dla podobnych grup pacjentów. Metoda ta nie bierze pod uwagę zróżnicowania między pacjentami i ich dolegliwościami, ujmując je w ramach tej samej jednostki chorobowej, oraz nie odzwierciedla zróżnicowania w wyposażeniu szpitali. Pozwala natomiast prywatnemu ubezpieczycielowi czy oddziałom NFZ wybrać najtańszą w danym momencie ofertę, czy też konstruować wycenę na najniższym poziomie.

**Kapitacja** – ryczałtowa opłata za opiekę zdrowotną za uprawnioną osobę. W literaturze amerykańskiej to rozwiązanie jest krytykowane za to, iż pozwala prywatnym dostawcom usług medycznych maksymalizować zyski kosztem jakości usług. W polskiej literaturze (projekt reformy wg CASE-Doradcy, czy Raport Instytutu Globalizacji) kapitacja jest przedstawiana jako bezproblemowe, pożądane rozwiązanie. Rozwiązanie to jest korzystne z punktu widzenia stabilnego rozwoju rynku usług medycznych (zmniejsza ryzyko firm), ale ma ograniczone efekty na zdrowie ludzi. Chociaż profilaktyka jest tańsza niż leczenie NFZ nie uwzględnia na przykład kosztów badań profilaktycznych w stawce kapitacyjnej, co powoduje, że przychodnie starają się unikać takich zleceń

<sup>19</sup>.

---

19 M. Wierzbicka-Ciach w Zdrowie dla każdego. Pismo Pracodawców Ochrony Zdrowia woj., Śląskiego Lipiec 2006

Oto przykłady wycen pracy pielęgniarek i położnych: „...wprowadzony na rynek nowy produkt w postaci całodobowej i świątecznej wyjazdowej opieki pielęgniarskiej wyceniony zostaje pierwotnie na 0,07 zł., a po żmudnych wyliczeniach i pełnych emocjach dyskusjach ostatecznie na 0,08 zł.... wycena świadczeń pielęgniarskich w środowisku nauczania i wychowania, na skutek "batalii słownej" wzrasta z 2,04 na 2,05 zł. Podobnie jest w innych grupach kompetencyjnych świadczeń pielęgniarsko-położniczych: -kompetencje piel. środowiskowo-rodzinnych stawka 1,28 zł. -kompetencje położnej środowiskowo-rodzinnej stawka 0,77 zł -kapitacja w całodobowej i świątecznej ambulatoryjnej opiece pielęgniarskiej 0,01 zł.”<sup>20</sup>. (Zobacz inne przykłady stawek<sup>21</sup>).

**QALY** - (quality adjusted life year) – rok życia skorygowany o jakość. Narzędzie do porównania efektywności wydatków na różne formy terapii. W USA granica opłacalności leczenia wyceniana jest na 50 – 100 tys. USD za jeden rok życia. W artykule Adama Leszczyńskiego w GW z 13 stycznia 2007 r. cytowany już wyżej przykład leczenia herceptyną dla 100 pacjentek 3,7 mln zł. skontrastowany z kosztami protezy piersi – 1000 złotych x 100 pacjentek, czyli 1 milion złotych. Wdrażanie tej zasady powoduje, że kobiety zamożne, które stać na dodatkowe ubezpieczenia mają szansę na wyleczenie i zachowają piersi, kobiety ubogie będą chodzić z protezami.

**Bon zdrowotny**, finansowany ze środków budżetowych służyłby do opłacania składki ubezpieczenia zdrowotnego w dowolnie wybranej kasie chorych - publicznej lub prywatnej. Na każdego obywatela (a de facto za osoby ubezpieczone) przypadłaby równa wartość bonu, a w warunkach z 2006 r. - około 1000 zł. Dzięki bonowi zdrowotnemu pacjent będzie mógł korzystać z podstawowych usług medycznych, stanowiących tzw. koszyk świadczeń gwarantowanych, twierdzą jego rzecznicy, tacy jak dr Sośnierz, szef NFZ w rządzie PiS. Odpowiedzialność za najbardziej kosztowne usługi przeniesiona jest na państwo, a bon zdrowotny gwarantuje finansowanie pozostałych usług medycznych, a więc stabilny rynek dla rozwoju prywatnych firm medycznych. Przez te same osoby postulowana jest także zorganizowana powszechna prywatyzacja publicznych ośrodków zdrowia i szpitali<sup>22</sup>.

Jak wynika z tego instrumentarium, o podjęciu (lub zaniechaniu leczenia) nie decyduje fakt utraty czy zagrożenia zdrowia, ale finansowa wycena, zakres kontraktów i wysokość budżetu NFZ

20 <http://www.oipip-poznan.pl/akt361.htm>. Ten dokument z 2004 pokazuje dlaczego pielęgniarki angażują się w polityczne protesty przeciwko temu kształtowi reformy zdrowia.

21 <http://www.nfz-gdansk.pl/swiadczeniodawcy/umowy/2004/01-poz.php#20060330>

22 (Na podstawie wypowiedzi dr Wojciecha Misińskiego z Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, eksperta Fundacji Adama Smitha (lipiec 2006), oraz rozdziału Wojciecha Misińskiego i Andrzeja Sośnierza w raporcie Instytutu Globalizacji, grudzień 2006)

ograniczona wysokością składek. W przeciwieństwie do innych krajów, gdzie państwo współfinansuje opiekę zdrowotną, rząd i Sejm w Polsce ograniczają wydatki na ochronę zdrowia. Budżet państwa jest konstruowany w ramach neoliberalnego modelu polityki makroekonomicznej i społecznej, gdzie celem jest między innymi zmniejszenie deficytu budżetowego przez redukcję wydatków na ochronę zdrowia, a nie pod kątem zaspokojenia potrzeb obywateli i obywateli na opiekę zdrowotną.

### **Prywatyzacja sektora usług medycznych**

Przeobrażenie służby zdrowia w rynek usług medycznych wiąże się z marketyzacją – poddaniem placówek medycznych i decyzji o leczeniu, bądź jego zaniechaniu racjonalności ekonomicznej i wdrażaniem modelu rynku i firmy. Wdrażanie metod nowego publicznego zarządzania i finansowe dyscyplinowanie placówek gwarantuje, że przychodnie czy szpitale będą funkcjonować jak przedsiębiorstwa. Jednocześnie rozwija się sektor prywatnych firm medycznych, gdzie ostatnio można zaobserwować proces konsolidacji. Sektor ten rozwija się zarówno poprzez tworzenie nowych firm, jak i przez prywatyzację placówek publicznych. Interes firm prywatnych reprezentowany jest przez Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia, który wchodzi w skład Konfederacji Pracodawców Lewiatan.

**Prywatni świadczeniodawcy.** Od początku transformacji powstawały prywatne zakłady lecznicze i przychodnie, a także oferowane są abonamenty. Funkcjonują prywatne sanatoria (np. Nałęczów wykupiony przez Nestlé); Reforma z 1999 roku otworzyła drogę prywatnym świadczeniodawcom do podpisywania umów na świadczenie usług w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. W 2003 roku połowę świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej stanowiły firmy prywatne. 20 % kontraktów NFZ trafia do placówek niepublicznych. Dla rozwoju prywatnego rynku usług medycznych kluczowe znaczenie ma wycena kosztów usług (zobacz choroba jako towar/ metodologie wyceny). Raport Instytutu Globalizacji postuluje, aby szpitale publiczne odpowiadały za droższe zabiegi, w które sektor prywatny nie chce inwestować. Zabiegi takie, jak i leczenie ratunkowe powinno być finansowane z budżetu państwa. W projekcie reformy CASE-Doradcy postulowane jest tworzenie między innymi nowej formy spółek publicznych. Dodać należy, iż prawie 10 proc. szpitali zostało już w Polsce sprywatyzowanych przez samorządy, które nie miały środków na ich utrzymanie<sup>23</sup>.

---

23 Dziennik Finansowy. The Wall Street Journal Polska – dodatek do dziennika – 14-15.07.2007 str 03


Ostatnia 'afery' z zajęciem konta i urzędów we wrocławskim szpitalu pediatrycznym przez komornika spowodowała, że za finansowy cyngiel pociągnęła wicepremier profesor Zyta Gilowska, dla której państwo to firma, której finanse trzeba „uzdrowić”. Według jej oświadczenia rząd przyjął trzy-etapowe rozwiązania, gdzie podjęta będzie akcja ratunkowa dla wybranych szpitali, kolejnym krokiem będzie nowelizacja ustawy o restrukturyzacji zakładów ochrony zdrowia. Skutkiem takich rządowych regulacji będzie przetrwanie na rynku najsilniejszych ekonomicznie szpitali, inne padną – na własne życzenie, co dodał minister profesor Religa, (Na co internauci zaraz odpisali, że szpitale padną razem z pacjentami). Trzecim, zapowiedzianym przez profesor Gilowską krokiem będzie przyjęcie koszyka świadczeń gwarantowanych. Za resztę trzeba będzie płacić prywatnie – jeśli kogoś na to stać, no cóż, trudno, ludzie, którzy nie dysponują siłą nabywczą nie zasługują na życie. O tym, że takie zamiary wprowadzenia zdrowia na prywatną subskrypcję są sprzeczne z Konstytucją i z katolicką moralnością pani wicepremier nie przyszło do głowy. W dużej mierze ochrona zdrowia już jest urynkowiona. Urynkowanie odbywa się przez destrukcję. Niedawny rząd PiS projekt ustawy o zmianie ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej umożliwi likwidację „nierentownych” – z punktu widzenia panujących zasad dzielenia budżetu państwa - szpitali. Pozostała do uregulowania sprawa, ile, na jakich zasadach i kto (firmy farmaceutyczne, firmy świadczące usługi w ochronie zdrowia, firmy ubezpieczeniowe) na tym zarobi. Nic dziwnego, że jednym z aktorów, który intensywnie zagospodarowuje dyskurs o reformie - jest Stowarzyszenie Pracodawców Lewiatan. Lekarze, a zwłaszcza pielęgniarki, stoją w tej grze na straconej pozycji, bo stawką nie jest leczenie chorych za godziwe wynagrodzenie dla personelu medycznego – ale osiągnięcie zysków z choroby.

### **Prywatni ubezpieczyciele**

Reforma z 1997 roku wprowadziła system ubezpieczeniowy. Oznacza to, że każda jednostka musi się sama ubezpieczyć na ryzyko utraty zdrowia. Ubezpieczenie staje się towarem, produktem finansowym. Projekt reformy AWS zawierał postulat wprowadzenie prywatnych ubezpieczycieli, a także dostęp do polskiego rynku dla ubezpieczycieli zagranicznych. W głosowaniu nad ustawą Sejm, głosami SLD, UW, a nawet części posłów AWS, wbrew stanowisku rządu, z ustawy wykreślono artykuł 4a, dotyczący wprowadzenia tych rozwiązań. Obecnie, głównym dysponentem składek i „płatnikiem” jest Narodowy Fundusz Zdrowia, którego działalność jest zdecentralizowana do regionalnych oddziałów. Rynek prywatnych ubezpieczycieli prawie nie istnieje, gdyż takie rozwiązanie jest kontrowersyjne politycznie. Panują obawy, iż wprowadzenie prywatnych ubezpieczeń podzieli obywateli na tych mających lepszy i gorszy dostęp do opieki zdrowotnej.

Wprowadzenie prywatnych ubezpieczycieli jest propagowane przez niektóre środowiska nie tyle na podstawie wszechstronnej analizy kosztów i korzyści takiego rozwiązania – ale jako ‘cudowny lek’ na rozwiązanie problemów niedofinansowania opieki zdrowotnej. (Zobacz więcej w sekcji o roli neoliberalnych sieciach perswazji.)

Niektóre firmy zagraniczne już dzisiaj oferują prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Polskie firmy medyczne oferują abonamenty na dostarczane przez siebie usługi. W 1999 firmy wykupiły 300 tys. abonamentów, w cenie od 65 do 135 zł za pracownika, a niekiedy także dla rodzin pracowników). Rynek prywatnych usług np. tylko w Warszawie oblicza się na 1 mld złotych. Dla rozwoju rynku prywatnych ubezpieczycieli kluczowe znaczenie ma ustalenie stawek i metod refinansowania (np. kapitacja, bon zdrowotny, itp) oraz stworzenie stabilnych gwarancji rozwoju. Stąd na przykład propozycje wprowadzenie regulacji prawnych, które zabezpieczą rozwój prywatnego sektora usług medycznych, czy podziału zadań między sektorem publicznym a prywatnym, gdzie sektor prywatny oferuje usługi dla zamożnych klientów).

Bolesław Piecha z PiS, ekspert tej partii w sprawach ochrony zdrowia, wiceminister zdrowia, a także rzecznik ochrony życia poczętego mówi o konieczności wprowadzenia ubezpieczeń komercyjnych na świadczenia ponad-standardowe, np. takie, które zakładają użycie kosztownej, bo najnowocześniejszej technologii a więc postuluje życie na prywatną subskrypcję. Jak widać ochrona życia dotyczy płodów, ale nie dotyczy ludzi. Minister Piecha zapowiada, iż PiS rozważa możliwość wprowadzenia ubezpieczeń alternatywnych, w ramach których będzie można zrezygnować z publicznej opieki zdrowotnej w zamian za pozostawienie w tym systemie części składki. Także Andrzej Sośnierz, dyrektor dawnej Śląskiej Regionalnej Kasy Chorych, były poseł Platformy Obywatelskiej  kilka dni przed wyborami zapewniał Puls Medycyny, że prywatne, dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne zostaną wprowadzone. Andrzej Sośnierz jest obecnie dyrektorem NFZ.

Rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce jest jak dotąd niewielki. Z ubezpieczycielami konkurują prywatne przychodnie oferujące abonamenty na usługi medyczne. Prof. Romuald Holly, profesor SGH i Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz dyrektor Krajowego Instytutu Ubezpieczeń, gorący zwolennik prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, jest dobrej myśli. *"Rynek świadczeń może się kształtować niezależnie od istniejących regulacji formalnoprawnych. Zamiast czekać na ustanowienie stosownego prawa, może wymuszać na ustawodawcy sankcjonowanie status quo - uważa prof. Holly. - Ubezpieczyciele będą oferowali pakiety świadczeń w zamian za określoną, z konieczności - w tej sytuacji - zawyżoną składkę, w autoryzowanych przez nich*



*placówkach, gdzie będą wprowadzane ich procedury".* Jak wcześniej wspomniałam, profesor Holly ocenia rynek prywatnych ubezpieczeń na 20 mld złotych.

### **Parlamentarne targi polityczne i legitymizacja rynku chorób przez Trybunał Konstytucyjny**

Dyskusja o ochronie zdrowia toczy się także na parlamentarnym rynku politycznym gdzie kształt reform i wysokość nakładów na opiekę zdrowotną jest przedmiotem targów i wypadkową konkurencji w alokacjach budżetowych. W sprawach reform kolejne ekipy prawodawców ścierają się o szczegóły, ale jednocześnie wdrażają ten sam model marketyzacji i prywatyzacji, który wynika z polityki „zdrowych budżetów” i skutkuje redukcją wydatków socjalnych. Jest to efektem „naturalizacji” neoliberalnego modelu i uznania go za jedyną możliwą ścieżkę transformacji. Pozostają tylko targi o szczegółowe rozwiązania i o wysokość alokacji w budżecie. Kontrakt z Lockheed na myśliwcę F16 jest finansowany z budżetu państwa, wydatki na cele wojskowe systematycznie wzrastają, a służba zdrowia jest finansowana ze składek, a w bliskiej przyszłości, jak zapowiada rząd, z dodatkowych ubezpieczeń dla osób zamożnych. Jak widać państwo bardziej troszczy się o własne wzmocnienie (wydatki na zbrojenia), a nie o bezpieczeństwo zdrowotne obywateli i obywateli. Przeszkodą jest także zamknięcie dyskusji w ramach neoliberalnego paradygmatu, co nie pozwala dostrzec alternatywnych rozwiązań. Innym przykładem parlamentarnych targów i wygranej silniejszego jest redukcja środków w budżecie na refundację kosztów leczenia dla osób bezdomnych i innych osób bez uprawnień - a zamiast tego alokacje budżetowe na Świątynię Opatrzności, co miało miejsce w dyskusjach w Senacie nad budżetem na rok 2006. W dyskusji nad budżetem na rok 2007 w sprawie Świątyni przeżyliśmy kolejną powtórkę z historii.

W sprawie reformy ochrony zdrowia dwukrotnie interweniował Trybunał Konstytucyjny. Wyrokiem z dnia 7 stycznia 2004 r. (Sygn. Akt K 14/03) Trybunał uznał między innymi, że sprzeczne z art. 68 ust. 2 Konstytucji jest nieokreślenie w ustawie świadczeń zdrowotnych, jakie „w zamian” za opłaconą składkę winni mieć zapewnione ubezpieczeni. Podstawowa wada systemowa, wytknięta w decyzji Trybunału Konstytucyjnego, o niekonstytucyjności ustawy o ubezpieczeniu w NFZ, polega na utrzymywaniu zasady bezwzględnego dostępu do świadczeń w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia, a jednocześnie ich limitowania i nieopłacania 'nadwykonań (leczenie nie objęte kontraktami). Druga interwencja Trybunału ze stycznia 2007 roku dotyczyła zniesienia ochrony szpitali przed wierzycielami, co argumentowano wyższością prawa do prywatnej własności<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup> <http://www.pulsmedycyny.com.pl/index/archiwum/6231,perspektywy,prywatnych,ubezpiecze%C5%84.html>

01-11-2007 <http://www.ekologiasztuka.pl/pdf/fe0028charkiewicz.pdf>

## Strategie PR – polityka prawdy i neoliberalne sieci perswazji

W reformie ścierają się dwa podejścia, humanistyczne (zabezpieczenie potrzeb) i ekonomiczne (neoliberalne dyscyplinarne zarządzanie przez finanse). Z racji na hegemonię neoliberalnego dyskursu to starcie jest nierówne, a zarazem niejasne. Stawki nie są przejrzyste określone, nie ma dyskusji w przestrzeni publicznej, gdzie przedstawiono by alternatywne propozycje reform<sup>25</sup>, a rama humanistyczna to zaledwie odwołanie do wartości, którym hołdowały pokolenia wychowane w PRL. Wraz ze zmianą demograficzną, podejście to straci swoich rzeczników i elektorat, a wraz z neoliberalizacją liberalnego dyskursu ramy 'prawoczułkowej' nie ma. Rama marketyzacji (model rynku jako regulatywny ideał wprowadzany do wszystkich domen życia publicznego) i dyscyplinarne neoliberalne zarządzanie przez finanse uległy normalizacji<sup>26</sup> i determinują kierunek reform wdrażanych przez kolejne rządy. W zarządzaniu sektorem zdrowia dominuje obecnie perspektywa płatnika dysponującego ograniczonymi środkami (NFZ, w przyszłości także prywatni ubezpieczyciele). Jak konkretnie ta zmiana się dokonuje i skąd się wzięło konceptualne 'oprzyrządowanie' do reorganizacji opieki zdrowotnej?

Podobnie jak inne reformy, także marketyzacja i prywatyzacja służby zdrowia wprowadzana jest przez dyskursywną koalicję w skład której wchodzi międzynarodowe organizacje, przedstawiciele administracji publicznej, naukowcy, media i prywatni świadczeniodawcy.

Na początek warto przypomnieć o roli Banku Światowego i Międzynarodowego Funduszu Walutowego w dostarczaniu koncepcyjnego 'oprzyrządowania' do reform, w tym także reform sektorów społecznych w Polsce. - *Pod auspicjami Banku Światowego przygotowano materiały studialne (Włodarczyk 1998), z których wynikało, że ilościowe braki w sferze zasobów ochrony zdrowia nie były główną przyczyną złej kondycji systemu ochrony zdrowia, a zasadniczym problemem było złe wykorzystanie zasobów oraz zerwanie związków między tworzeniem infrastruktury a zapewnieniem środków finansowych na jej bieżące funkcjonowanie. Brak pieniędzy uniemożliwił utrzymanie na niepogarszającym się poziomie istniejącej bazy* – pisze Ewa Krakowińska<sup>27</sup>. Rząd Polski zaciągnął w Banku kilka pożyczek, których celem była stworzenie instrumentów reformy systemu opieki zdrowotnej. (Projekty badawcze z tych środków w większości wypadków realizowały zagraniczne firmy konsultanckie). Pierwszym krokiem we wszystkich relacjach Banku Światowego z jakimkolwiek krajem transformacji czy tzw. rozwijającym się analiza wydatków z budżetu państw

25 Słabością tzw liberalno-lewicowej czy lewicowej strony sceny politycznej jest, iż nie ma takich propozycji. Na przykładzie reformy zdrowia widać także, że SLD (rządy Millera i Belki), podobnie jak kolejne rządy PiS, wdrażały neoliberalne koncepcje reform.

26 Normalizacja – proces przez który pewne formy prawdy, metody jej dochodzenia, ramy wypowiedzi stają się powszechnie akceptowane jako 'normalne' i 'prawdziwe' - pojęcie ze skrzynki z narzędziami Michela Foucaulta.

27 Ibidem, str 38

(ang. public expenditure review). Punktem wyjścia nie są potrzeby czy problemy danego kraju i szacunek kosztów zaspokojenia tych potrzeb czy rozwiązania problemów – ale stan finansów i analiza budżetu. Bank Światowy upowszechnia wzory prawdy i formy zarządzania, które są powiązane i wzmacniane przez przepływ finansów. Pożyczki od Grupy Banku Światowego, czy innych międzynarodowych jak i prywatnych instytucji finansowych zależą od akceptacji tych zasad. „Waszyngtoński konsensus”, bo taką umowną nazwę nosi neoliberalny pakiet polityk nie mogą być wdrażane bez poparcia i aktywnego zaangażowania lokalnych polityków, mediów i naukowców.

Także polskie think tanki, na przykład Fundacja CASE, włączyły się do opracowywania projektów reform. Tzw. „Zielona Księga”, która powstała pod kierownictwem prof. Golinowskiej z CASE na zamówienia Ministerstwa Zdrowia w 2004 roku i kolejne raporty tego neoliberalnego think tanku kopiuje konceptualny model upowszechniany przez Bank Światowy. Reformy nie poprzedza analiza zapotrzebowania (popytu na usługi medyczne). - *Dotychczas gromadzone dane o zachorowalności, chociaż bogate, nie pozwalają na połączenie informacji o rodzajach zgłoszonych grup chorobowych z cechami demograficznymi i ekonomicznymi pacjentów, z typem oferowanego leczenia oraz z miejscem leczenia* – pisał prof. Włodarczyk. - *Informacje te pozwoliłyby na znacznie dokładniejszą analizę popytu na usługi zdrowotne*<sup>28</sup>. Ale takich informacji nie było, toteż pomimo bogactwa danych *Zielona Księga* nie jest oparta na badaniach empirycznych i danych epidemiologicznych, społecznych i demograficznych, ale na kopiowaniu neoliberalnego teoretycznego modelu. (Zob. krytyka tego modelu w ostatniej części raportu).

We wstępie czytamy, iż *Zielona Księga* została sporządzona w rekordowym tempie, aby ułatwić podjęcie decyzji politycznych o tym co dalej z reformą służby zdrowia. Raport jest sporządzony w ten sposób, że z założenia jego ramą jest finansowanie opieki zdrowotnej, a głównym problemem do rozwiązania jest rozbieżność między kosztami i przychodami, i między realną składką, a ustaleniem składki na poziomie, który pozwoli zbilansować koszty z przychodami.

Nową wiedzą dotyczącą zarządzania służbą zdrowia dysponują oraz upowszechniają także polscy absolwenci zagranicznych uniwersytetów, studiów ekonomicznych, ze specjalizacją ekonomika ochrony zdrowia, gdzie główną teoretyczną ramą jest ekonomia neoklasyczna i (neoliberalne) nowe publiczne zarządzanie, oparte na wdrażaniu modelu rynku czy firmy w sektorach publicznych. „Europa” czy 'kapitalizm' przyszły do nas w formie neoliberalnej. W odpowiedzi na nowe zapotrzebowanie, także na polskich uczelniach ekonomicznych i medycznych powstawały instytuty i specjalizacje związane z ekonomią zdrowia i zarządzaniem placówkami zdrowia. Także ogólna zmiana modelu zarządzania państwem, gdzie główną rolę odgrywa polityka makroekonomiczna

---

28 Cezary Włodarczyk. *Refleksja na temat tendencji korzystania i wydatków na ochronę zdrowia w Polsce.*

skutkuje zwiększeniem wpływu Ministerstwa Finansów na kształt reform służby zdrowia. Stanowisko rządu w sprawie opieki zdrowotnej przedstawia nie tylko minister zdrowia, ale także minister finansów. Relacja między ministerstwami jest zorganizowana w ten sposób, że minister finansów ma ostatnie zdanie. (Nie jest to kwestia polityki personalnej, ale skutek hegemonii neoliberalnego dyscyplinarnego zarządzania, gdzie głównym narzędziem polityki państwa czy organizacji ponadnarodowych jest (de)regulacja przepływu środków finansowych, oraz pozytywne czy negatywne bodźce finansowe. Stąd prymat resortu finansów wobec innych agend rządowych).

Protesty, np. pielęgniarek są trywializowane w mediach, które przedstawiają je jako spektakl, jako serial pojedynczych newsów, nie związanych ze sobą i nie mających swojej historii i racjonalności, jako wojnę wizerunków, a nie jako pole walki politycznej, gdzie stawką są odrębne paradygmaty czy podejścia do opieki zdrowotnej. W ramach neoliberalnego zarządzania (polityka jako rynek) pielęgniarki ujmowane są jako grupa interesu, ich protest jest redukowany do kwestii płac, oraz kanalizowany do konsultacji nad rządowym projektem tej czy innej ustawy, gdzie możliwe są 'kosmetyczne' poprawki, ale założenia i koncepcje nie są do negocjacji.

W publicznej debacie, jaka na przykład odbywa się na forach internetowych panuje oburzenie z powodu kształtu reform, ale opór społeczny nie jest zorganizowany (lub opór zorganizowany jest tylko na 'wybranych' odcinkach, jak Fundacja 'Rodzić po ludzku', fundacje praw pacjentów, czy paliatywnie – przez przedsięwzięcia charytatywne). Równoległe do prywatnych wybuchów frustracji, niezorganizowanych do niedawna w żaden ruch społecznego protestu, koncepcjami reformy zajmują się międzynarodowe organizacje, firmy sektora medycznego czy neoliberalne think tanki, które zagospodarowują debatę o ochronie zdrowia przez optykę urynkowienia, tzn. zdrowie przestaje być dobrem jednostki czy dobrem wspólnym, a staje się towarem, ochrona zdrowia przeobrażana jest w rynek, a szpitale czy przychodnie przeobrażane są w firmy, które obracają towarem takim jak 'choroba', aby minimalizować koszty i maksymalizować zyski. W tych rynkowych ramach, odmowa leczenia (a niekiedy tym samym skazanie na śmierć) nie są kwestią moralności, ochrony życia czy łamania konstytucyjnych praw do opieki zdrowotnej, czy choćby efektem targów politycznych, ale nowego systemu zarządzania zdrowiem i chorobą. Polityczno-ekonomiczną racją tworzenia nowego systemu i głównym punktem wyjścia do budowania architektury systemu opieki zdrowotnej jest efektywna alokacja środków finansowych i „uzdrowienie” budżetu państwa.

Stawką jest uznanie takiego systemu za normalny<sup>29</sup>. Toteż kluczowe dla wdrożenia tego typu

---

<sup>29</sup> Tu anegdota dla zilustrowania argumentu. O stopniu internalizacji nowego reżimu prawdy ekonomicznej świadczy np. postawa prof. Rockiego, który do tego stopnia przejął się dogmatem konkurencyjności i sprawności, że elementem wyborów na stanowisko rektora SGH - ustanowił publiczny kontest pływacki.

reform jest polityka prawdy i PR<sup>30</sup> - kształtowanie opinii decydentów i opinii publicznej, w co inwestują neoliberalne sieci perswazji<sup>31</sup>, w tym think tanki (wśród nich cytowane tu CASE i Instytut Globalizacji). Cechą charakterystyczną ich raportów jest to, że jeśli nawet przedstawiają szereg opcji, to tylko po to, aby przypisać korzyści (i uniewidocznic straty czy niedoskonałości) wybranego rozwiązania. Tak się składa, że wybrane rozwiązanie, czy to Fundacji CASE, która replikuje konceptualne modele dyscyplinarnego zarządzania przez finanse (Young, 2001), czy Instytutu Globalizacji, który odwrotnie, postuluje dofinansowanie opieki zdrowotnej z budżetu państwa, aby zwiększyć rozmiar rynku medycznego i zmniejszyć ryzyko dla firm - każde z tych rozwiązań sprzyja tworzeniu rynku na usługi medyczne. Nie ma natomiast alternatyw z punktu widzenia praw człowieka i zdrowia ludzi.

Kolejnym przykładem strategii PR i związków między PR a polityką jest ogłoszenie w ubiegłym roku tzw. obywatelskiego projektu reformy, który de facto odbiera obywatelom prawo do powszechnej opieki zdrowotnej i propaguje reglamentację świadczeń pod kątem dostępnych środków finansowych, oraz rekomenduje rozwój prywatnych usług medycznych przy jednoczesnym przerzuceniu ciężaru kosztownych zabiegów na budżet publiczny. Projekt ten, reprezentujący interes firm medycznych, zorganizowanych jako 'pracodawcy służby zdrowia' był skwapliwie rozpatrywany przez sejmową komisję zdrowia. W tym i w innych projektach publiczny interes jest ograniczony do dyskusji nad 'zdrowym budżetem', a dobro wspólne, a zwłaszcza jego społeczne aspekty są tym samym wykluczone poza dyskusję. Niestety, ceną za 'zdrowy budżet' są chorzy ludzie i życie na prywatną subskrypcję.

Jedną z charakterystycznych zabiegów neoliberalnych sieci perswazji<sup>25</sup>, gdzie współdziałają autorytety naukowe i medialne jest **polityka prawdy, polegająca na:**

**(i) stosowaniu stylizowanego modelu rynku** z ekonomii neoklasycznej (tzw wolnego rynku) jako reżimu prawdy, który nie podlega dyskusji bo został znormalizowany, tzn. został uznany za

---

Celem przypodobania się studenckiemu elektoratowi starsi panowie pokazali się w mokrych slipkach – co dokumentują fotografie profesora Rockiego i innych profesorów ekonomii konkurujących o stanowisko rektora wiodącej polskiej uczelni ekonomicznej.

30 PR – od ang. public relations - kształtowanie opinii publicznej i opinii decydentów, aby osiągnąć wpływ polityczny i/czy korzyści ekonomiczne.

31 Pojęcie to pożyczam od dwóch amerykańskich badaczek, Johanny Beckman i Gil Eyal, Eastern Europe as the Laboratory of Economic Knowledge. The transnational roots of neoliberalism. *AJS*, 108: 2. 310-52. 2002. Beckman i Eyal posługują się koncepcjami sieci agentów Bruno Latoura. Neoliberalne sieci perswazji to nieformalne sieci łączące naukowców, ekonomistów na stanowiskach decydenckich, media, które propagują neoliberalną ekonomię jako reżim prawdy, w tym stylizowany model rynku jako regulatywny ideał (swoisty wzór piękności) polityki gospodarczej i nowego publicznego zarządzania.

prawdziwy, nie jest kwestionowany. (Tzw. wolny rynek jest zestawem atrybutów, na które składa się samoregulacja i ogólna równowaga, doskonała konkurencja, efektywność w alokacji środków, założenia racjonalnego podmiotu dążącego do maksymalizacji zysków i indywidualnej użyteczności, założenie, że na dłuższą metę wszyscy aktorzy na rynku skorzystają - z których wywodzona jest wyższość formy rynkowej nad formą publiczną). De facto funkcjonowanie rynków jest o wiele bardziej skomplikowane i zróżnicowane niż ukazują założenia tego teoretycznego modelu mechanizmu rynkowego, który ma moc regulatywnego ideału. Michel Foucault (2005), w krytyce zaawansowanego liberalizmu stwierdził, że rynek działa tu jako permanentny trybunał ekonomiczny, który egzekwuje ciągłe dostosowania.

Jak dowodzą krytyczni ekonomiści, w tym także ekonomistki feministyczne – taki model rynku nie istnieje w rzeczywistości, a przypisywane mu atrybuty opierają się na założeniach teoretycznych, które nie zostały zweryfikowane empirycznie (Hewitson, 2001, Elson, 1994). Jak twierdzą ich rzecznicy, modele te nie miały nigdy odzwierciedlać rzeczywistości - miały służyć tylko do projekcji relacji między założonymi parametrami. Ten idealny model tzw wolnego rynku jest za to użytecznie i skutecznie wykorzystywany jako technologia polityczna do wdrażaniu dyscyplinarnego neoliberalizmu (Gill, 1998, Young, 2001). Model ten jest stosowany jako dyskursywna meta-rama marketyzacji sektora zdrowia.

**(ii) patologizacja innych rozwiązań, w tym przypisywanie im zacofania, niedostatecznej wiedzy, partykularnych interesów, podczas gdy marketyzacja przedstawiana jest jako domyślny interes publiczny** - *"Mentalność społeczeństwa, niski poziom dochodów oraz niechęć środowiska lekarskiego, które obawia się utraty dochodów niejawnych, blokują wprowadzenie rozwiązań o charakterze rynkowym - Niestety, takiego klimatu brak. Można nawet zaryzykować twierdzenie, że przedstawia się dobrowolne prywatne ubezpieczenia jako instrument różnicowania społeczeństwa na lepszych i gorszych"* -wylicza prof. Aldona Frączkiewicz-Wronka z Akademii Ekonomicznej w Katowicach.

**(iii) upowszechnianie dyskursu o chaosie, korupcji,** spektakularne areszty lekarzy i podkreślanie tendencji do oszukiwania przez szpitale, lekarzy, pacjentów, przy czym marketyzacja, nowy prywatny sektor usług, i nowe publiczne zarządzanie propagowane są jako racjonalne, pożądane i bezproblemowe rozwiązania.

**(iv) personalizacja 'winy' za chaos i patologizacja konkurencji** na rynku ścierających się koncepcji: etyka lekarska i ratowanie życia przedstawiane są jako „zaciekłość terapeutyczna” albo

jako prywatny interes ordynatorów. Tak więc, jednym z elementów dyskursu o reformie sektora zdrowia jest założenie, iż dominującą cechą stanu obecnego jest powszechna korupcja, szara strefa, oszustwo, nieracjonalność. *Pacjenci pójdą do tego lekarza, który wypisze więcej recept i da więcej skierowań*, pisze Tomasz Teluk w raporcie Instytutu Globalizacji i dodaje, że szpitale będą oszukiwać w sprawozdaniach wykonania usług, a lekarze są skorumpowani. Takie wypowiedzi nie są oparte na empirycznych badaniach, ale są opiniami, które „dyscyplinują” poddane reformom podmioty w kierunku marketyzacji (stylizowany, idealny model rynku rozwiąże wszystkie problemy). To, że rekomendowane rozwiązania (marketyzacja) mogą nieść odmienny zestaw problemów i inny bilans kosztów i korzyści nie jest przedmiotem dyskusji.

**„Raport o ochronie zdrowia w Polsce. Co zrobić, aby nowoczesna medycyna była dostępna dla pacjentów?”** Instytutu Globalizacji<sup>32</sup> reprezentuje nowy rodzaj kombinowanego produktu, który jest hybrydą referatu naukowego i marketingu politycznego, a wśród współautorów są eksperci CASE, Instytutu Adama Smitha, jak i wymienionego Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum UJ. Zwraca uwagę nazwisko dr Andrzeja Sośnierza, rzecznika komercjalizacji i prywatyzacji służby zdrowia, w rządzie PiS prezesa NFZ. We wszystkich raportach uczestniczył dr Adam Kozierkiewicz, który występuje w roli eksperckiego autorytetu jako pracownik naukowy UJ, (były) dyrektor Ministerstwa Zdrowia (odpowiedzialny między innymi za zawieranie kontraktów na analizy i instrumenty reformy służby zdrowia finansowane z pożyczek Banku Światowego), obecnie dyrektor firmy „Wspólny Rynek Medyczny Sp z oo., a od maja 2006 r. także dyrektor Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia, który wchodzi w skład KPP Lewiatan. W referacie zamieszczonym w raporcie Instytutu Globalizacji dr Kozierkiewicz jako naukowiec analizuje i propaguje stanowisko KPP Lewiatan, przygotowane przez dr Kozierkiewicza jako przedstawiciela tej instytucji. Być może na UJ kodeks etyczny pracownika naukowego nie istnieje, albo nie obowiązuje, nie to jest moim powodem do zmartwień. Jak widać natomiast na przykładzie tego dyskursu mamy do czynienia z dobrze zorganizowaną niewielką grupą osób, legitymizujących się kilkoma źródłami autorytetu i występujących pod wieloma kapeluszymi jednocześnie. Ich pozycję i wpływy zwiększa to, iż funkcjonują w kontekście ukształtowanym przez patologizację alternatyw (ujmowanie ich jako populizm, czy powrót do komuny), gdzie nie ma wolnego rynku idei, bo nie ma alternatyw w stosunku do neoliberalnego projektu marketyzacji służby zdrowia.

Raport Instytutu Globalizacji otwiera koniunkturalny pean na cześć PiS. W ślad za nim

---

32 Adam Kozierkiewicz, Wojciech Misiński, Andrzej Sośnierz, Tomasz Teluk. Grudzień 2006. [www.globalizacja.org](http://www.globalizacja.org).

idzie totalna i objawowa krytyka opieki zdrowotnej. Jeśli spadła liczba zgonów z powodu raka piersi, to nie dzięki diagnostyce medycznej i edukacyjnym wysiłkom różnych aktorów, ale dzięki kampanii promocyjnej. Polacy nie mają dostępu do nowoczesnych technologii i najnowszych osiągnięć farmakoterapii, przy czym przeszkodą nie są zasoby finansowe gospodarstw domowych czy poziom składek, bądź systematyczny wzrost kosztów leków (jak w Zielonej Księdze czy w raporcie CASE Doradcy), ale biurokratyczne ograniczenia w rejestracji nowych leków. W domyśle: w Polsce istnieje możliwość rozwoju rynku usług medycznych, co należy odpowiednio zorganizować, w tym poprzez redukcję biurokratycznych barier dla ekspansji przemysłu farmaceutycznego. Inne rozwiązania dotyczą ograniczenia roli państwa do odpowiedzialności za najbardziej kosztowne (a więc najmniej intratne dla biznesu) usługi; funkcjonowanie bonu zdrowotnego gwarantuje finansowanie pozostałych usług medycznych, a więc stabilny rynek dla rozwoju prywatnych firm medycznych. Postulowana jest także zorganizowana powszechna prywatyzacja publicznych ośrodków zdrowia i szpitali. Tylko te potencjalne efekty tych rozwiązań, które są korzystne dla rozwoju prywatnego sektora usług medycznych są jednostronnie brane pod uwagę jako „magiczne rozwiązanie” na wszystkie problemy opieki zdrowotnej. Zwraca uwagę połączenie autorytetu żargonu naukowego z nowego publicznego zarządzania, posługiwanie się technicznym żargonem ekonomii neoklasycznej ze sprawnością PR-owską. *Rolę Naczelnego Znachora odgrywa państwo. Państwo jest tym niewidzialnym uzdrowicielem, który choremu dopłaca do lekarstw, funduje miejsce w szpitalu czy rekompensuje wybrane zabiegi* – pisze w raporcie dr Tomasz Teluk, dyrektor Instytut Globalizacji.

Modelem dla dr Teluka są Stany Zjednoczone z wydatkami medycznymi circa 5 tys., USD na ubezpieczoną osobę (nie ma mowy o znacznej liczbie osób bez dostępu do ubezpieczeń), poziom usług medycznych w Europie jest gorszy, bo wydatki - a więc rynek usług medycznych - wynoszą tylko circa 2,5 tys. USD na ubezpieczoną osobę, a najgorzej w Polsce bo tylko 400 USD. Miarą wartości jest rozmiar rynku prywatnych usług medycznych. Raport sfinansowały firmy farmaceutyczne MSD Polska i Merck. Raport odzwierciedla interes tych firm (deregulacja rynku farmaceutycznego, powiększenie rynku na usługi medyczne finansowanego ze środków publicznych, co zmniejsza ryzyko biznesu), co dr Teluk przedstawia jako optymalną ścieżkę reformy, która zapewni dostęp do nowych technologii medycznych dla Polaków.

Jeden z nielicznych krytycznych głosów na temat reformy, za którą to krytyką stoi zorganizowana siła społeczna pochodzi z pisma Komisji Koordynacyjnej Związku Zawodowego Sierpień 1980 i dotyczy katowickiej kasy chorych pod dyrekcją Andrzeja Sośnierz. *„Przed tragicznym pożarem w Gdańsku [Sośnierz jako dyrektor katowickiej kasy chorych] zlikwidował łóżka w najlepszym w kraju oddziale oparzeniowym w Siemianowicach. Co łatwo zlikwidować, bardzo*



*trudno odbudować. Trzeba było ogólnopolskiej akcji zbierania pieniędzy, aby ratować życie poparzonym. Podobnie zlikwidowano Szpital Dziecięcy w Katowicach- Załężu, gdzie był jedyny neurologiczny oddział dziecięcy w okolicy. Ma go zastąpić budowane w Katowicach - Ligocie Centrum Pediatriczne, którego budowa ciągnie się już kilkadziesiąt lat i końca nie widać. To, co Sośnierz zarobił na likwidacji, państwo będzie musiało z dużą nawiązką wydać na dzieci - kaleki. Ale przecież nie pieniądze są najważniejsze. Wiele dzieci można przecież wyleczyć”<sup>33</sup>. Problem z tym artykułem polega jednak na tym, że jest napisany w takiej konwencji, która koncentruje uwagę czytelnika na personalizacji 'winy'. Przypisanie jej Sośnierzowi odwraca uwagę od problemów systemowych.*

### **Pacyfikacje krytyki i oporu**

Walka o reguły gry na powstającym rynku usług medycznych wiąże się z szarpaniną i napotyka na społeczne opory, oraz budzi prywatne paroksyzmy politycznej wściekłości i moralnego oburzenia, czego przykładem wypowiedzi internautów po kolejnych informacjach o 'skandalach' w służbie zdrowia.

- *Selekcja jak na rampie w Birkenau-Auschwitzu* – pisali internauci po informacji Dziennika o decyzji Mazowieckiego oddziału NFZ o tym, że 15 letnia Klaudia nie będzie leczona na raka przewodu pokarmowego, bo lek za 12 tys. złotych jest mocą prawa dozwolony dla dorosłych od 18 roku życia.

Gdyby kogokolwiek zapytać otwartym tekstem, czy chcesz, aby ochroną zdrowia rządziły tylko mechanizmy rynkowe (konkurencyjność, ekonomiczna efektywność jako kryterium opłacalności leczenia – bądź jego odmowa), to zapewne większość respondentów odpowiedziałaby negatywnie, uznając, że zdrowie to jednak coś innego niż kupno telewizora czy samochodu. Problem w tym, że o systemowe aspekty reformy nikt nie pytał. Mamy do czynienia z demokratycznym deficytem, bo dyskusja o zasadniczych kierunkach reformy się nie odbywa, a jednostkowe krytyczne wypowiedzi są pacyfikowane poprzez argumenty o wyższej konieczności, gdzie finanse są instancją ostatniego odwołania i 'racjonalnym' podejmowaniu decyzji. Racjonalny, tzn. kierujący się kalkulacją kosztów i korzyści. Pacyfikacja służy temu, aby indywidualne oburzenia nie przerodziły się w ruch społeczny.

Przykładem takich subtelnych 'pacyfikacji' jest niedawny artykuł Adama Leszczyńskiego z Gazety Wyborczej z 12 stycznia 2007. W artykule zatytułowanym *Ile kosztuje życie* Leszczyński

---

33 Piotr Wolny, 1999 Kurier Związkowy Komisji Krajowej Sierpień 1980

przyjmuje założenie, że nie stać nas na ochronę zdrowia dla wszystkich (nie ma więc dyskusji o konstytucyjnych prawach, ani o tym, czy dochodu państwa powinny iść na zbrojenia czy na dofinansowanie ochrony zdrowia ponad to co już finansują obywatele przez składki, jest tylko założenie rzadkości środków finansowych na zdrowie). Z tego założenia wynika, że na przykład nie stać nas na przedłużenie życia o statystycznie wyliczone 5 miesięcy 42-letniej pani Karolinie chorej na raka piersi. Ile potrzeba środków finansowych, żeby zapewnić wszystkim powszechną opiekę zdrowotną Leszczyński nie wyjaśnia, bo takich szacunków nikt nie miał czasu zrobić, a na poparcie argumentów o nadrzędnej roli kalkulacji kosztów leczenia przywołuje naukowe autorytety, w opinii których lekarze, którzy leczą bez względu na koszty są nieodpowiedzialni.

*Lekarz nie może powiedzieć: będę pana leczył bez względu na koszty*, przekonuje prof. Jacek Ruszkowski, ekspert w dziedzinie oceny technologii medycznych. – *Przy dostępnych dziś środkach publicznych na zdrowie takie stanowisko jest kompletnie nieodpowiedzialne. Lekarz musi najpierw sobie zadać pytanie: jeśli zrobię bardzo drogi przeszczep serca jednemu pacjentowi, ilu ludzi będzie musiało umrzeć, bo nie będzie pieniędzy na ich leczenie?* - *Trudno mi uwierzyć w tak bez troskie podejście lekarzy do kosztów* - mówi senator Władysław Sidorowicz (PO), lekarz psychiatra, były minister zdrowia, a dziś przewodniczący senackiej komisji ds. zdrowia. Jak z tego wynika dwaj wpływowi profesorowie medycyny przysięgę Hipokratesa zamienili na przysięgę wobec boga handlu, Hermesa. Profesor-polityk Sidorowicz przenosi jednocześnie odpowiedzialność z polityków i lekarzy na działalność charytatywną - *...kiedy potrzeba bardzo drogich terapii, które nie są gwarantowane, powinniśmy uruchamiać aktywność obywatelską: pomoc przyjaciół, fundacji, może zbiórkę publiczną*. Jak wynika z sondaży opinii publicznej, naukowcy cieszą się w naszym kraju dużym autorytetem. Toteż przywołanie naukowych autorytetów wzmacnia ukryte założenia i tezy artykułu Leszczyńskiego, zwłaszcza, że przywołane autorytety jednomyślnie popierają założenia marketyzacji.

*„Prywatna medycyna też stawia ludzi przed wyborami - mówi profesor Szawarski, bioetyk. – Niech pan sobie wyobrazi, że pana matka choruje na raka piersi. Ma pan wybór: wydać oszczędności swojego życia na herceptynę, która przedłuży jej życie o trzy miesiące, albo sfinansować swoim dzieciom studia. Co by pan wybrał?”* Tak sformułowane alternatywy, z jednej strony upowszechniają i normalizują konieczność ograniczania wydatków na ochronę zdrowia, w tym założenie rzadkości zasobów finansowych na ochronę zdrowia, a z drugiej strony analogia prywatnej sytuacji z decyzjami o kierunkach reform służby zdrowia stawia czytelniczkę czy czytelnika pod ścianą i wymusza akceptację założenia o finansowych ograniczeniach i braku jakichkolwiek alternatyw.

Aby wytrącić broń przeciwnikom kalkulacji ceny życia, Gazeta mobilizuje także autorytet

kościola. „ *W uporczywej terapii można dopatrywać się chęci zapanowania nad śmiercią człowieka*” - cytowana jest tu wypowiedź ks. Tadeusz Reroń w miesięczniku „Nowe Życie”. Aby postawić kropkę nad 'i' do argumentów o komercjalizacji zdrowia i choroby wykorzystywany jest przykład papieża. „*Odlączenie respiratora choremu papieżowi Janowi Pawłowi II - za jego zgodą - było zaprzestaniem "uporczywej terapii"* – dodaje Adam Leszczyński. Skoro JP II nie zgadzał się na przedłużanie życia, to przecież przeciętnej Polce czy Polakowi także nie wypada domagać się prawa do przedłużenia życia w razie kosztownej choroby.

Jak widać na przykładzie tego artykułu najpierw przyjmowane jest założenie ograniczeń finansowych, a potem mobilizowane są autorytety i argumenty nie do odrzucenia na rzecz „utowarowienia” zdrowia i reglamentacji świadczeń medycznych. Należy więc postawić pytanie o to, skąd biorą się założenia o ograniczonych środkach na ochronę zdrowia, skoro nikt nie policzył, ile kosztowałyby zapewnienie powszechnej opieki zdrowotnej, a także w jakie wzory myślenia i ujęcia utrwalone w społecznej wyobraźni wpisują się i mobilizują tego typu publikacje, jak wyżej wymieniony raport Instytutu Globalizacji czy artykuł w Gazecie Wyborczej.

Celem tych reform nie jest wdrażanie gwarantowanego w obowiązującej Konstytucji RP powszechnego prawa do opieki zdrowotnej – ale przeobrażenie publicznego sektora ochrony zdrowia w ten sposób, aby funkcjonował na zasadzie racjonalności rynkowej. Chodzi o bardziej efektywne wydawanie środków, a zarazem o wdrażanie dyscypliny finansowej w wydatkach publicznych. Aby Polska mogła sprostać wymogom konwergencji z EURO, do czego państwo jest zobowiązane w ramach podpisanego traktatu akcesyjnego z UE, deficyt budżetowy musi być zmniejszony do 3 % PKB, dług publiczny nie może być większy niż 60 % PKB, a inflacja nie może być większa niż 1,5 poziomu inflacji w krajach UE, gdzie jest ona najniższa.

„*Balcerowicz ludzi chorych obarcza winą za powiększający się deficyt budżetowy, który po czterech miesiącach roku wynosi ponad 72% kwoty przewidzianej na cały rok... odpowiedzialni za to są ludzie, którym na skutek choroby i przebywania na lekarskim zwolnieniu lub szpitalnym leczeniu, ZUS zobowiązany jest płacić zasiłek. Dlatego postuluje on powołanie spec komisji do weryfikowania orzeczeń lekarskich, które będą zgodnie z tradycją inspekcji robotniczo-chłopskich piętnować lekarzy, wydających za dużo zwolnień i weryfikować, czy osoba przebywająca na L-4 ma do tego prawo, czy też nie*” pisał w 1999 roku Kurier Związkowy (tygodnik WZZ Sierpień 1980 – nr. 61).

Balcerowicz odszedł, więc teraz neoliberalną politykę, w tym także w „sektorze zdrowia”, można wdrażać bez większego oporu, bo opozycja organizowała się wokół symbolicznej figury wroga, po odejściu Balcerowicza straciła sztandarowe argumenty. Warto więc spojrzeć na uzasadnienia tej polityki poza personalistycznym podejściem, które wszelkie zło przypisuje

konkretnej osobie lub grupie osób, na przykład agentom. Jeśli nie Balcerowicz, to inny ekonomista polityk wdrażał(a)by, taką samą linię reform, gorzej lub lepiej. Przykładem jest tu wicepremier profesor Zyta Gilowska. W czasie transformacji zmieniały się rządzące partie i osoby, ale nie zmieniało się neoliberalne rządzenie poprzez finansowe dyscypliny i politykę makroekonomiczną, dla której ludzie i instytucje społeczne to tylko „środowisko makroekonomiczne”. Nie mniej wypowiedzi Leszka Balcerowicza czy Zyty Gilowskiej ukazują jak bardzo los konkretnych osób, w tym wypadku chorych i potrzebujących opieki medycznej jest uzależniony od wdrażania celów polityki makroekonomicznej. Zmniejszanie deficytu budżetowego nie jest jednak celem samym w sobie. Konwergencja waluty i spójność polityk ma służyć przeobrażaniu Unii w jeden rynek europejski, konkurencyjny w stosunku do Stanów Zjednoczonych i Japonii (Young, 2000). W ramach takiej racjonalności rynkowej, rodzącej kobiety czy nastolatki, u której rozpoznano nowotwór nie widać, a wręcz one nie istnieją. W neoliberalnym żargonie nie są ujmowane jako jednostki ludzkie, które potrzebują opieki medycznej, ale jako *kapitacja*, czyli koszt za usługę medyczną na głowę pacjenta.

Neoliberalnym projektem reform towarzyszą strategii perswazji adresowane do decydentów i opinii publicznej. Warto więc przyjrzeć się z bliska co się dzieje na poziomie popularnych dyskusji. (Cytaty poniżej z Forum Onetu, pisownia oryginalna).

*SPOJRZCIE PRAWDZIE W OCZY-PANSTWO JEST BIEDNE -BO LOZY NA GORNIKOW MUNDUROWYCH ITD. A NIE MA NA SZPITALA. ~GB, 18.01.2007 09:54*

*"G B" a finansowanie bezsensownych wypraw wojennych na rozkaz Bush-mena to racjonalny wydatek? ~P I N G W I N, 18.01.2007 10:06*

*Właśnie ,że najwięcej na ZUS odprowadza górnictwo bo tu cały przychód trzeba "ozusować" i "opodatkować", a gdzie jest "szara strefa " która "wykazuje" minimalne a wypłaca drugie tyle? Szybko znalazłyby się pieniądze na sport, lecznictwo, kulturę. Niestety, nasze bogate Państwo stać na nowe komisje, lustracje, które prowadzą do niczego - a ogromne problemy ukrywają pod statystycznymi procentami - żałosne !!!!!!! ~pracująca, 18.01.2007 10:14*

*GDYBYM MÓGŁ ZADECYDOWAĆ TO ZAMIAST F-16 KUPIŁBYM KILKA PETY DO WYKRYWANIA RAKA BYŁABY WIĘKSZA KORZYŚĆ.ALE DECYDUJĄ CI KTÓRZY NA MEDYCYNE*

*NIE WYDAJĄ GROSZA A LECZENI SĄ NAJLEPIEJ, pisze ~OKRADZINY CHORY, 21.01.2007 14:52 w innej dyskusji na Onecie.*

Jak widać z tych przykładów opinie jakie ukazują się w internecie są podzielone. Znajdujemy tu krytyczne wypowiedzi (rama humanistyczna) jak i głęboko zakorzeniony autorytaryzm i lustrzane odbicie, czy źródłowe wzory strategii ekspertów zdrowia i profesjonalnych PR-owców, które opierają się na stylizowanym modelu tzw. wolnego rynku - a z drugiej strony na wzorach myślenia, które organizują wypowiedzi na zasadzie personalizacji (stygmatyzacja i przypisanie winy konkretnym osobom, np. emigrantom, czy lekarzom i ich korupcji czy 'terapeutycznej zaciekłości' i ich patologizacja). Wypowiedzi te odzwierciedlają urządzenie społecznej wyobraźni na zasadzie hierarchicznie zorganizowanych binarnych opozycji (prawda-kłamstwo, swój-obcy, dobro-zło). Odwołując się do tych wzorów myślenia, neoliberalny PR skutecznie aktywizuje i zagospodarowuje moralne oburzenie (np. przez kanalizowanie go w dyskurs o rzekomej powszechnej korupcji). Z drugiej strony pojawiają się krytyki i kontrargumenty, które mają status wiedzy subordynowanej, potocznej, nie towarzyszy im alternatywna wiedza ekspercka, ani zorganizowany ruch społeczny, a więc nie mają politycznego wpływu na nadanie reformom służby zdrowia innego kształtu. Aby takie wyciszone dyskursy potocznej krytyki mogły zaistnieć jako ruch oporu, muszą wejść w sojusz z zaangażowaną społecznie krytyką akademicką.

Zdrowie jest zarówno podstawową wartością w życiu jednostki, potrzebą i prawem człowieka jak i dobrem wspólnym. W Konstytucji z 1997 roku zapisane jest prawo wszystkich obywateli i obywateli do opieki zdrowotnej. (W projekcie Konstytucji, jaki przed wyborami z 2005 roku przedstawił PiS tego zapisu już nie ma). Podane na wstępie przykłady ilustrują skutki przeobrażania służby zdrowia w rynek chorób. Ten kierunek reform nigdy nie był poddany publicznej dyskusji. Kolejne ustawy zmieniają funkcjonowanie służby zdrowia w ten sposób, że tworzone są rynki na usługi medyczne. Kiedy leczenie organizowane jest jako rynek usług medycznych i ubezpieczeniowych to wówczas choroba czy zdrowie stają się towarami. Historycznie, rynki wyłoniły się jako miejsce handlu i wymiany. Pytanie, które należy zadać, to czy model rynku jest właściwy w przypadku ochrony zdrowia? Czy podporządkowanie opieki zdrowotnej racjonalności ekonomicznej i przeobrażenie szpitali w firmy, a choroby w towar (marketyzacja służby zdrowia) przynosi efekty w postaci utrzymania zdrowia i poczucia bezpieczeństwa ludzi? Czy w razie potrzeby skuteczna pomoc medyczna zostanie każdej osobie udzielona? Czy reformy w ich obecnym kształcie wdrażają obywatelskie prawo do powszechnej opieki zdrowotnej, czy też prowadzą do sytuacji, kiedy zdrowie przestaje być dobrem wspólnym, a staje się towarem na prywatną subskrypcję? Jakie są skutki reform dla gospodarstw o niskich dochodach (60% gospodarstw domowych w Polsce żyje na lub poniżej minimum socjalnego)? Dla kobiet odpowiedzi na te pytania mają podwójne znaczenie, bo kiedy w ramach „uzdrawiania” budżetu państwa koszty leczenia, opieki i rekonwalescencji przerzucane są na

gospodarstwa domowe, to zgodnie z tradycyjnym podziałem czasu i ról społecznych bezpłatną pracą opiekuńczą zajmują się przede wszystkim kobiety. Istotne jest także jaka rola i pozycja przypisywana jest kobietom w systemie opieki zdrowotnej, a szerzej w instytucjach takich jak państwo, rynek, rodzina. Czy reforma zmienia, czy wprost przeciwnie utrwała hierarchie płci i władzy, które przypisują kobietom obowiązek opieki, a jednocześnie odbierają głos i wpływ na organizację opieki i ochrony zdrowia?

W poszukiwaniu alternatywnych ujęć reformy służby zdrowia w kolejnej sekcji tego artykułu przedstawię analizę założeń reformy służby zdrowia z perspektywy feministycznej krytyki ekonomii oraz polityki społecznej i gospodarczej.

### **Feministyczne analizy reform**

System opieki zdrowotnej jaki jest wprowadzany od 1997 roku opiera się o teoretyczne założenia ekonomii neoklasycznej i liberalnej teorii porządku ekonomicznego. Neoliberalizm (szkoła z Chicago) (1) propaguje marketyzację, czyli wprowadzenie porządku ekonomicznego do wszystkich domen życia prywatnego i publicznego, przy czym urynkowanie tzw. sektorów społecznych odbywa się przez poddanie ich racjonalności ekonomicznej i przez nowe publiczne zarządzanie, gdzie model firmy oraz kalkulacje finansowe i efektywność ekonomiczna są główną metodą regulacji; (2) w polityce gospodarczej zakłada prymat polityki monetarnej i fiskalnej oraz regulacje przez bodźce finansowe; (3) ujmuje gospodarstwo domowe i problemy społeczne, w tym także ochronę zdrowia jako nowe obszary teorii i polityki ekonomicznej; W tym paradygmacie nierówności płci mogą być ujmowane w konceptualnych ramach dyskryminacji i ewentualnej rekompensaty za dyskryminację (ekonomia dyskryminacji). Przyczyna nierówności leży po stronie jednostki (niedoinwestowanie kapitału własnego).

W ekonomii feministycznej można wyróżnić dwa podejścia (ale uwaga: czasem stosuje je jedna i ta sama osoba): feministyczna ekonomia neoklasyczna<sup>34</sup> i feministyczna krytyczna ekonomia<sup>35</sup>. Feministyczna ekonomia neoklasyczna podkreśla nastawienie tego paradygmatu na mężczyzn (male bias) i jednocześnie podejmuje się „naprawy” ekonomii neoklasycznej, ale zarazem zamyka się w jej ramach. Z tej feministycznej perspektywy można kwestionować nierówności dostępu bądź dyskryminacji pod kątem płci oraz jak niewidoczność kobiet czy zróżnicowania pod kątem płci i

34 Gillian Hewitson. *Ekonomia feministyczna – przegląd debat*. Uniwersytet La Trobe, Szkoła Biznesu.

Wydział Ekonomii. Artykuły Seria A 1.1. 2001. Przekład Zofia Łapniewska. Biblioteka Online Think Tanku Feministycznego. URL <http://www.ekologiasztuka.pl/pdf/fe004hewitson.pdf>

35 Elson, *ibidem*.

nastawienie na mężczyzn w założeniach teorii i metodologii w ekonomii, w założeniach polityk (np polityki zatrudnienia czy polityki ochrony zdrowia), czy też w kalkulacji kosztów, cen usług, w tworzeniu rynków na towary skutkuje większym obciążeniem bądź wykluczeniem kobiet<sup>36</sup>. Należy dodać, że pojęcie dyskryminacji wywodzi się z ekonomii i jest elementem wdrażania porządku ekonomicznego. Gary Becker, jeden ze współtwórców ekonomii dyskryminacji w swojej książce z 1957 roku zwrócił uwagę na niesmak lub niechęć (distaste) jaki pracodawcy mogą odczuwać wobec osób innej rasy (także płci). Wraz z ekonomizacją publicznego dyskursu pojęcie dyskryminacji znalazło zastosowanie między innymi w polityce równości płci i w tzw. gender mainstreaming. W ramach tego paradygmatu nierówność z uwagi na płeć i dyskryminację kobiet powinna być skalkulowana ilościowo, aby uznano wiarygodność takiego argumentu. W tych ramach możemy więc pytać o to:

- Czy mamy do czynienia z równością składek i korzyści? (Czy prywatni ubezpieczyciele będą ubezpieczać rodzinę czy jednostkę? Co z jednostkami, które wchodzi w skład gospodarstwa domowego nie uznanego przez prawo jako rodzina?)
- Czy jest zapewniony równy dostęp do usług medycznych i ubezpieczeń dla kobiet i mężczyzn?

Aby rozpoznać, czy dyskryminacja kobiet w dostępie do leczenia ma miejsce, należałoby przejrzeć dane na temat profilu zdrowia, zachorowalności i przyczyn umieralności kobiet i mężczyzn oraz przeprowadzić empiryczne badania dostępu do leczenia. Takich badań zdaje się nikt u nas nie prowadzi. Z racji na specyfikę biologiczną, dłuższą oczekiwaną długość życia kobiet niż mężczyzn i większe zapotrzebowanie na usługi medyczne w starszym wieku, już dzisiaj można powiedzieć, że opieka zdrowotna dla kobiet w odniesieniu do zdrowia reprodukcyjnego, dla starszych, szczególnie ubogich kobiet będzie wymagać większych nakładów. Ubezpieczenie kobiet jest więc mniej opłacalne dla prywatnych ubezpieczycieli, co spowoduje wyższe stawki jeśli Ustawodawca nie wprowadzi odpowiednich zabezpieczeń. Przy kalkulacjach typu kapitała świadczeniodawca będzie ograniczał np. zlecenie dodatkowych badań, na które szczególne zapotrzebowanie mają starsze pacjentki czy pacjenci; przy kalkulacjach typu QALY, zdrowie młodych ludzi ma większą wycenę od zdrowia ludzi starszych.

Feministyczne ekonomistki zwracają uwagę na zróżnicowanie koszyka podstawowych usług nie tylko pod kątem płci, ale także pod kątem wieku. Z tej perspektywy, przy kalkulacji stawek i dostępu do usług prywatnych ubezpieczycieli należy się liczyć z dyskryminacją z racji na dłuższe przewidywane trwanie życia kobiet. Minister prof. Religa proponuje ten problem rozwiązać przez

36 Hewitson, ibidem

dotatkowe składki ubezpieczeniowe na opiekę w starszym wieku. Rozwiązanie to będzie dyskryminować kobiety, które wychowywały dzieci, w tym szczególnie kobiety ubogie.

Ramę dyskryminacji można 'rozciągnąć', aby ją wykorzystać na zwrócenie uwagi na reglamentację dostępu pod kątem osobistych uzdolnień. Chodzi tu o nieodzowny element reform, kreowanie nowego podmiotu aktywnego pacjenta/pacjentki, odpowiedzialnej za swoje zdrowie, zdolnej do porównania kosztów i korzyści różnych form leczenia, aktywnie poszukującej, np. przez internet, informacji medycznej. Taki model podmiotu dyskryminuje osoby o niższych zasobach kapitału ludzkiego, z mniejszych miejscowości i z uboższych grup społecznych. Dostęp może być reglamentowany także pod kątem miejsca zamieszkania. (Np. najdłużej żyją kobiety w woj. podlaskim, małopolskim, świętokrzyskim. Jeśli w tym rejonie jest np. mniejsza ilość szpitali czy przychodni na pacjenta, czy utrudniony dojazd, to w ramach neoklasycznej ekonomii można podjąć ten problem jako dyskryminację i nierówność dostępu, szczególnie dla starszych kobiet).

Z perspektywy feministycznej rewizji ekonomii neoklasycznej można zadawać także pytania dotyczące skutków nastawienia na mężczyzn (male bias) w metodologii kalkulacji kosztów medycznych, wyborów terapii i stawek ubezpieczeniowych. A także jakie wartości w ekonomicznej analizie i kalkulacji kosztów usług zdrowotnych, w selekcji i metodologiach zbierania danych są uwzględniane, a jakie są pomijane, co skutkuje wykluczeniem innych danych? Pożądane zmiany metodologiczne, dotyczyłyby na przykład podziału kosztów na koszty bezpośrednie (składki i inne wydatki medyczne z budżetu gospodarstw domowych) i pośrednie (opieka nad chorymi). Za taką zmianą idzie postulat włączenia kosztów pośrednich (opieka nad chorymi w gospodarstwach domowych) do analiz ekonomicznych, np. kalkulacje wartości utraconych możliwości zarobkowania; albo kalkulacje utraconych zarobków.

Aby jednak można było zadawać takie pytania i nadać inny kształt reformom, konieczne jest środowisko ekonomistów, którzy uznają pytania zadawane z feministycznej perspektywy za prawomocne. W Polsce takie środowisko na większą skalę jeszcze się nie wykształciło, a wręcz nauki ekonomiczne zostały „skolonizowane” przez neoliberalny paradygmat. W ramach dyskursu ekonomii w Polsce nie ma miejsca na zadawanie pytań o zróżnicowaniu pod kątem płci, klasy czy wieku. Nie ma miejsca na dyskusje o związkach między systemem relacji płci a poziomem mezo (instytucje) i makro. Nie tylko w Polsce, także wśród ekonomistów w innych krajach, w ramach założeń ekonomii neoklasycznej nie ma miejsca na dyskusję o innych scenariuszach reformy zdrowia. 'Perspektywa humanistyczna' - prawa człowieka, w tym prawa kobiet i zabezpieczanie potrzeb - nie mieści się w konceptualnych ramach ekonomii neoklasycznej, skąd wywodzi się nowe publiczne zarządzanie.



Jeśli więc wywodząca się z neoliberalnego wariantu ekonomii neoklasycznej teoria dyskryminacji nie jest w stanie ukazać wszystkich społeczno-genderowych skutków reformy zdrowia, to jakie są inne teoretyczne propozycje?

Teoretycznym zapleczem do poniższej analizy są koncepcje Diane Elson<sup>37</sup>, angielskiej feministycznej ekonomistki i socjolożki, która dokonała syntezy w feministycznej krytyce ekonomii, ujęła bezpłatną domową pracę kobiet (pracę na rzecz reprodukcji ludzi) w wymiarze makro jako gospodarkę opiekuńczą. Aby rynki mogły funkcjonować potrzebują ludzi: pracowników i konsumentów, a znaczna część konsumpcji odbywa się w gospodarstwach domowych. Gospodarka rynkowa zależy od – przeważnie bezpłatnej – gospodarki opiekuńczej. Diane Elson przyczyniła się do zbudowania teoretycznych podstaw i wzorca genderowej analizy budżetu państwa, która uwzględnia rolę gospodarki opiekuńczej, a także zaproponowała trzy-poziomą genderową analizę reform ekonomicznych. Analiza ta uwidacznia powiązania między polityką makroekonomiczną i reformami strukturalnymi, instytucjami społecznymi, a sytuacją gospodarstw domowych i uprawnieniami oraz warunkami życia kobiet.

**Poziom makro** – W założeniach reformy systemu opieki zdrowotnej zwraca uwagę nieobecność kryteriów praw człowieka, w tym także praw kobiet. Zamknięcie reform w ramach finansowych i niski udział środków publicznych w finansowaniu opieki wynika z ich podporządkowania redukcji deficytu budżetowego. Limit deficytu budżetowego i długu publicznego został zapisany w Konstytucji z 1997, a także w traktacie z UE, gdzie wiąże się on ze zobowiązaniami do spełnienia warunków konwergencji z euro, co z kolei ogranicza wydatki z budżetu. To z racji na te ustawowe zobowiązania praktycznie nie ma możliwości dyskusji o zwiększeniu publicznych nakładów na ochronę zdrowia. Nie ma także możliwości dyskusji o zwiększeniu wydatków na ochronę zdrowia, np. poprzez redukcję innych wydatków - bo pułap finansowania ochrony zdrowia został ustawowo ‘zamknięty’ w ramach składek. Efektywność ekonomiczna jest traktowana jako cel, a nie jako instrument.

**Poziom mezo** - nowe instytucje systemu ochrony zdrowia (nowe firmy medyczne czy przychodnie i szpitale funkcjonujące jako firmy, firmy farmaceutyczne) wykazują nastawienie na efektywność ekonomiczną i na mężczyzn. Na nastawienie na mężczyzn (male bias) wskazuje położenie kobiet i relacje płci w przedsiębiorstwach systemu opieki zdrowotnej. Podział pracy i władzy według płci w patriarchalnej rodzinie reprodukowany jest w publicznych czy prywatnych przedsiębiorstwach opieki

---

37 Diane Elson. Genderowa analiza reform gospodarczych. Poziom mikro, mezo, makro. Rozdział II z książki pod redakcją Isabelli Bakker. *Strategiczna cisza. Płeć i polityka ekonomiczna*. ZED Books w porozumieniu z The North-South Institute. Londyn. 1994. Przekład Barbara Erbel. Biblioteka Online Think Tanku Feministycznego.

zdrowotnej. Luka płacowa w służbie zdrowia (średnia płaca niższa niż w sektorze przedsiębiorstw i w sektorze budżetowym, np. W 2002 r. odpowiednio; 2229,8; 1724,94; 2232,33 ; W systemie opieki zdrowotnej mamy do czynienia z korelacją między feminizacją tego zawodu, a niższymi niż w innych sektorach płacami. Pomimo wysokiego poziom zatrudnienia kobiet ma miejsce wertykalna segregacja, w tym w służbie zdrowia najniższe płace tam, gdzie najwięcej kobiet (pielęgniarki, rehabilitantki)<sup>38</sup>.

Do instytucji poziomu mezo należą także neoliberalne think tanki, firmy farmaceutyczne i inni aktorzy, którzy propagują reformę zdrowia jako produkt medialny, jako 'towar polityczny', a tymi samymi perswazyjnymi metodami posługują się w propagowaniu innych produktów, np. leków czy technologii medycznych. Dyskurs reform, który postuluje model pacjentki-aktywistki, odpowiedzialnej za własne zdrowie, za pomocą reklam produktów para-medycznych i leków steruje tę że pacjentkę czy pacjenta w stronę 'wielkiej farmy'. Podobnie obiektem zabiegów wielkich firm farmaceutycznych są decydenci służby zdrowia i lekarze.

Efektywność ekonomiczna jako cel reformy sam w sobie (a nie jej narzędzie) skutkuje zwiększeniem kosztów reform ponoszonych przez gospodarstwa domowe, np. w formie obciążeń finansowych (składki), i kosztów leków (systematyczny wzrost) i innych kosztów (czas na starania o udostępnienie świadczeń). Koszty efektywności przerzucane są na gospodarstwa domowe i 'gospodarkę opiekuńczą' (bezpłatna domowa praca, przeważnie kobiet). Skutki społeczne reform są zróżnicowane pod względem płci, wieku, różnych grup gospodarstw.

**Poziom mikro.** Z tej perspektywy widać, że znaczna grupa ludności jest wykluczona z dostępu do opieki zdrowotnej. Z uwagi na tradycyjny podział ról, czasu i relacje płci w gospodarstwach domowych reforma w obecnym kształcie (marketyzacja, nastawienie na mężczyzn) przenosi koszty społeczne reform podporządkowanych efektywności finansowej na kobiety (praca opiekuńcza). Im większa jest ekonomiczna efektywność polegających na marketyzacji reform służby zdrowia, tym większa jest ich nieefektywność społeczna. Przykład: skrócenie czasu pobytu w szpitalu jest efektywne z makro perspektywy, ale zwiększa wymagania i presję na bezpłatną pracę kobiet (ktoś musi się opiekować chorymi), pogarsza ich sytuację na rynku pracy i zdolność zarobkowania i ogranicza zabezpieczenie emerytalne.

Waloryzacja pracy 'rynkowej' i dewaloryzacja pracy domowej wiąże się założeniem nieskończenie elastycznego czasu pracy kobiet. Marketyzacja sektorów społecznych skutkuje więc obciążeniem kobiet, intensyfikacją ich pracy, fizycznego i emocjonalnego wysiłku wkładanego w pra-

---

38 'Zielona Księga' str. 93

cę opiekuńczą. Aktywizacja zawodowa kobiet oznacza, że obciążenie pracą opiekuńczą łączy się z obciążeniem pracą zawodową.

Sytuacja kobiet jest zróżnicowana pod kątem klasy/grupy społecznej, wieku, miejsca zamieszkania. Reforma w jej obecnym kształcie uprzywilejowuje zamożne, wykształcone kobiety z dużych ośrodków miejskich.

## Podsumowanie

Reformy służby zdrowia toczą się od lat 1980., a szczególnie nabrały przyspieszenia w drugiej połowie lat 1990. Mogłoby się wydawać, iż dokumenty wprowadzające reformy odnoszą się do oceny zasobów służby zdrowia i jej funkcjonowania, identyfikują stan zdrowia i potrzeby ludności, aby na podstawie analizy zasobów i potrzeb oraz szacunku kosztów zaspokojenia tych potrzeb wskazać odpowiednie rozwiązania. Nic bardziej mylnego. Jak ukazuje powyższa analiza w dokumentach dotyczących reformy służby zdrowia<sup>39</sup> niewiele mówi się o zdrowiu i zabezpieczeniu potrzeb na ochronę zdrowia (czyli, używając żargonu ekonomicznego o popycie na usługi medyczne) natomiast wiodącą rolę ogrywają instrumenty finansowe, regulacja podaży i neoliberalne argumenty o „zdrowym budżecie”. Reformy systemu ochrony zdrowia podporządkowane są reformie wydatków publicznych i polityce makroekonomicznej, której kształt determinują założenia redukcji deficytu budżetowego i długu publicznego, związane z konwergencją z euro i unijną polityką tworzenia wspólnego rynku europejskiego. Jednocześnie źródłowym modelem do reorganizacji służby zdrowia i jej jednostek jest rynek i firma.

Hegemoniczną rolę odgrywa dyskurs neoliberalizmu, wywodzący się z ekonomii neoklasycznej i liberalnej teorii porządku ekonomicznego, który funkcjonuje jako meta rama do zarządzania jednostkami i państwem. Na poziomie administrowania opieką zdrowotną decydentami w sprawach leczenia bądź jego zaniechania są ekonomiści zdrowia oraz prawnicy i menedżerowie,

---

39 Ustawy z 1999, 2003 i 2004 i dokumenty na witrynach Ministerstwa Zdrowia [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl) i Narodowego Funduszu Zdrowia [www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl); Raporty: *Finansowanie Zdrowia w Polsce* Zielona Księga Ministerstwa Zdrowia, 2005; *Projekt reformy ochrony zdrowia* - Raport CASE-Doradcy i Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum UJ. 2005 na [www.case-doradcy.com.pl](http://www.case-doradcy.com.pl) ; *Raport o ochronie zdrowia w Polsce. Co zrobić, aby nowoczesna medycyna była dostępna dla pacjentów*. Adam Kozierkiewicz. Wojciech Misiński, Andrzej Sośnierz i Tomasz Teluk. Raport Instytutu Globalizacji, finansowany przez firmy Merck i MSD Polska sp. z o.o. [www.globalizacja.org](http://www.globalizacja.org) ; *Polityka Zdrowotna* 2005, i 2006. Wydawnictwo Instytutu Polityki Ochrony Zdrowia Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, oraz materiały z internetowego przeglądu prasy i z poszukiwań hasła ‘reforma zdrowia’ w google.pl;

a rola lekarzy jest podporządkowywana ramom finansowym. Według prof. ministra Religi, lekarze są odpowiedzialni za ograniczenie leczenia w ramach procedur, wycen i kontraktów. Lekarz czy pielęgniarka są przeobrażani w przedsiębiorców. Ekonomiczna efektywność nie jest narzędziem reform, ale celem samym w sobie. Urynkowienie służby zdrowia sprawia, że zamiast leczyć pacjentów, lekarze oraz średni personel medyczny coraz więcej czasu poświęcają na czynności administracyjne i związane ze sprawozdawczością finansową, czego wymaga przeobrażenie choroby z problemu medycznego produkt techniczno-finansowy. Ścieżka ta wyznacza im rolę przedsiębiorców. W ten sposób 'biały personel' dopasowywany jest do dominującego, neoliberalnego paradygmatu zarządzania eks-służbą zdrowia. Wiodącą rolę w zarządzaniu odgrywają procedury i wyceny. Sytuacja ta jest odbiciem ogólnego przesunięcia publicznego zarządzania w stronę form rynkowych i ekonomicznej racjonalności.

Kolejne reformy jakie były wprowadzane nie są odizolowanymi wydarzeniami, należy patrzeć na nie z perspektywy ciągłości inkrementalnych przeobrażeń od rezydualnej (schyłkowej) już dzisiaj ramy praw człowieka i zabezpieczenia potrzeb, do dominującej ramy marketyzacji (objęcie logiką rynkową i wprowadzenie do służby zdrowia i innych sektorów społecznych takich samych procedur zarządzania jak w biznesie). Chodzi także o stworzenie rynku prywatnych ubezpieczeń – i otworzenie nowego pola do ekspansji kapitału finansowego. Obecne protesty pracownicze i zadłużenie placówek wykorzystywane są do likwidacji szpitali, co pozwoli zmniejszyć koszty w makro skali, ale w skali mikro najbardziej uderzy w pacjentów i w ich rodziny. W ich miejsce powstaną prywatne firmy medyczne, które będą czerpać zyski ze świadczenia usług ubezpieczycielom. W nowych firmach zwiększy się różnicowanie płac personelu i zmniejszy się zatrudnienie. Pacjentka czy pacjent będą waloryzowani pod kątem ich siły nabywczej. NFZ (dysponent składek ściąganych za pomocą fiskusa) zostanie przeobrażony albo częściowo rozczłonkowany w prywatne firmy ubezpieczeniowe.

Taki kształt reformom nadała szeroka dyskursywna koalicja (sieć perswazji), w skład której wchodziły organizacje ponadnarodowe (Bank Światowy, OECD, IMF), przedstawiciele władz państwowych, neoliberalni naukowcy i think tanki, media, czego skumulowanym efektem było wytworzenie „reżimu prawdy” legitymizującego wyższość powszechnej marketyzacji nad innymi rozwiązaniami. Czynnikiem sukcesu tej strategii była delegitymizacja i wykluczenia alternatyw. Skutkuje to brakiem alternatywnych koncepcji reform opartych na prawach człowieka, w tym prawach kobiet, i zabezpieczeniu potrzeb na leczenie. W dużej mierze ochrona zdrowia już jest urynkowiona. Ostatni projekt uchwał zaproponowany przez Ministerstwo Zdrowia umożliwi samolikwidację (przez bankructwo) „nierentownych” – z punktu widzenia panujących zasad dzielenia budżetu państwa -

szpitali. Jak wskazują dotychczasowe doświadczenia, na przykład z zielonogórskiego, szpitale znikną razem z pacjentami. Pozostała do uregulowania sprawa, ile i kto (firmy farmaceutyczne, firmy świadczące usługi w ochronie zdrowia, firmy ubezpieczeniowe) na tym zarobi. Nic dziwnego, że jednym z aktorów, który intensywnie zagospodarowuje dyskurs o reformie jest Stowarzyszenie Pracodawców Lewiatan. Pacjenci i pacjentki, a także większość 'białego' personelu medycznego stoją w tej grze na straconej pozycji, bo stawką nie jest leczenie chorych – ale osiągnięcie zysków z choroby.

Elementem strategii urynkowania służby zdrowia jest reglamentacja świadczeń (dla klientów dysponujących siłą nabywczą) i redukcja kosztów (intensyfikacja pracy i utrzymanie niskich płac białego personelu). Niskie płace pielęgniarek i lekarzy i reglamentacja dostępu do opieki zdrowotnej pod kątem siły nabywczej czy użyteczności ekonomicznej pacjentów to powiązane ze sobą problemy systemowe. Stawki kapitacyjne, gdzie opieka pielęgniarska nad małym dzieckiem jest wyceniana na ok. 13 zł, a opieka lekarska na ok. 90 zł<sup>40</sup> rocznie artykuują hierarchie płci, wiedzy i władzy w systemie reform opieki zdrowotnej. Stawki dla lekarzy są zbyt niskie, ale porównanie ich ze stawkami dla pielęgniarek daje dużo do myślenia na temat polityczno-ekonomicznych hierarchii płci, na jakich ustanowiony jest system władzy. Widać także, jak na dłoni, racjonalność protestu pielęgniarek. Niskie płace i intensyfikacja pracy przy wysokich oczekiwaniach społecznych i odpowiedzialności zawodowej stawiają je w sytuacji grupy wyzyskiwanej, na którą przerzucane są społeczne koszty neoliberalnych reform służby zdrowia. Z racji na feminizację zawodu pielęgniarki znajdują się w podwójnie trudnej sytuacji. W historycznie utrwalonej podległości kobiet i w tradycji prawa rzymskiego na kobietach spoczywał obowiązek opieki (cura materna). Praca opiekuńcza jest niewidaczniana i niedoceniana, pomimo iż zabezpiecza podstawy do życia i przyczynia się do wytwarzania majątku. Dyskursy władzy, w tym dyskursy prawa czy ekonomii zawsze mówiły patriarchalnym głosem.

Neoliberalne państwo i rynek usług medycznych korzysta z bezpłatnej opiekuńczej pracy kobiet. W państwie opiekuńczym część kosztów reprodukcji, w tym koszty leczenia, dzielone były między gospodarstwa domowe a budżet państwa. W państwie neoliberalnym koszty te przerzucane są na gospodarstwa domowe, czego konsekwencje ponoszą kobiety. Pielęgniarki i położne, publicznie i prywatnie, mają obowiązek być opiekunkami. Neoliberalne państwo i rynek, a analogicznie neokonserwatywni politycy zakładają, że czas i poświęcenie kobiet są nieograniczone.

---

40 <http://www.nfz-gdansk.pl/swiadczeniodawcy/umowy/2004/01-poz.php#20060330>

Skutkiem zastosowania ekonomicznej ramy jest przekształcanie służby zdrowia w rynek usług medycznych. Nie jest to jednak rynek, gdzie decyduje podaż usług medycznych i popyt na leczenie, (bo te nie zostały oszacowane, a chore jednostki nie mają politycznej sprawczości, ekonomicznymi podmiotami są firmy medyczne i ubezpieczeniowe), ale rynek gdzie w ramach obecnie dominującego paradygmatu firma medyczna jak i firma ubezpieczeniowa zarządzają zyskiem, a produktem, który podlega wymianie jest techniczno-finansowa reprezentacja choroby (procedura czy technologia medyczna oraz jej wycena). Jednostka jest 'wyrobiskiem' skąd wydobywane są surowce do generacji zysków.

Mamy do czynienia z demokratycznym deficytem. Publicznej dyskusji na temat alternatywnych koncepcji reformy służby zdrowia nie ma i nie było. Jest tylko jedna rama, która kwestie zdrowia i choroby 'wyjmuje' z domeny medycyny czy praw człowieka, a przenosi ją do domeny ekonomii i polityki finansowej oraz prywatnej odpowiedzialności za własne zdrowie i chorobę (styl życia, prywatne ubezpieczenia, model aktywnej klientki). Zdrowie staje się towarem na prywatną subskrypcję. W ramach „uzdrawiania finansów publicznych” (czytaj: zapewnienie, aby państwo funkcjonowało jako firma, konwergencja z euro i tworzenie jednego wspólnego rynku europejskiego) wydatki na ochronę zdrowia ludzi zostają zmniejszone.

Możliwy zakres zmian w już uchwalonych ustawach jest także ograniczony przez prawny obowiązek rekompensaty utraconych dochodów, np. firmy farmaceutyczne w wyniku zmiany zasad refundacji leków mogą domagać się refundacji utraconych potencjalnych zysków. Podobny problem z ograniczeniem możliwości państwa w zakresie redukcji kosztów może wyniknąć po prywatyzacji szpitali, czy wprowadzeniu prywatnych ubezpieczeń. Na dyskusję będzie wtedy za późno, a obecnie dyskusji nie ma. Vide przykład z prywatyzacją PZU ŻYCIE i firmą EUREKO. Firma ta, która wcześniej nie istniała, nie miała kapitału, ani infrastruktury w dziedzinie ubezpieczeń, weszła na rynek tylko dzięki dyskursowi neoliberalnego zarządzania transformacją ustrojową w Polsce. Obecnie jest liczącą się firmą europejska, a na jej straży stoi moc prawa. Kontraktu prywatyzacyjnego nie można już odwrócić, chyba że za olbrzymim odszkodowaniem.

Reformy są wdrażane za pomocą państwa i prawa. Moc stanowienia prawa (artykułowana między innymi przez Parlament czy Trybunał) nie stoi dzisiaj na straży praw człowieka, praw kobiet, czy praw pracowniczych, ale jest narzędziem wdrażania powszechnej marketyzacji, między innymi przez neoliberalne dyscyplinarne zarządzanie reformą zdrowia. Marketyzacja oznacza rekatoryzację życia na ekonomicznie użyteczne, dysponujące siłą nabywczą życie na prywatną subskrypcję - oraz na ludzi ekonomicznie nieużytecznych - ludzkie odpady. Każda, także bogata jednostka przestaje się liczyć jako człowiek, a staje się kapitałem – produktem finansowym, którym

państwo handluje z firmami, świadczeniodawcami usług medycznych i dostawcami ubezpieczeń. Z perspektywy neoliberalnego państwa nie jesteśmy podmiotami politycznymi, ale wpisani w budżecie, po stronie przychodów lub wydatków.

Z perspektywy kobiet, marketyzacja i prywatyzacja systemu opieki zdrowotnej przenoszą na gospodarstwa domowe - a z racji na podział czasu, pracy i ról społecznych w gospodarstwach domowych według płci na kobiety - ciężar odpowiedzialności za opiekę zdrowotną, nad chorymi czy starszymi członkami rodziny. Biorąc pod uwagę, że gospodarka monetarna nie może istnieć bez gospodarki opiekuńczej (bezpłatna opiekuńcza praca w domu, przeważnie kobiet) społeczne koszty nastawienia polityki makroekonomicznej na mężczyzn oraz przerzucanie tych kosztów na gospodarstwa domowe oznacza, że koszty marketyzacji służby zdrowia ponoszone są szczególnie przez kobiety. Gospodarka opiekuńcza pełni rolę buforową i amortyzuje społeczne skutki reform. Grupą najsilniej dyskryminowaną są kobiety z niezamożnych grup społecznych, kobiety starsze i kobiety ze środowisk wiejskich.

Alternatywna rama reformy (prawa człowieka, w tym prawa kobiet i zabezpieczanie potrzeb) może być także oparta na formach rynkowych, ale czyniłaby z nich narzędzie, a nie cel sam w sobie.

Adam Smith, na którego często powołują się neoliberalni ekonomiści, jako na 'ojca założyciela' twierdził, że rzeźnik nie jest po to, żeby zaspokajać potrzeby żywieniowe klientów, ale po to, żeby maksymalizować zyski. Tę maksymę Adama Smitha warto przypomnieć w kontekście przeobrażania służby zdrowia w rynek chorób.

**Ewa Charkiewicz, Think Tank Feministyczny**

1 listopada, 2007

