



Fot. © iStockphoto.com Zx

# Anatomia destrukcji systemu opieki zdrowotnej w Polsce

Nie dość, że w czasie roku wyborczego trzeba prowadzić kampanię wyborczą, to jednocześnie trzeba się zderzyć z rosnącymi oczekiwaniami finansowymi różnych grup zawodowych, które doskonale wiedzą, że nadszedł ten właściwy czas. A co w sytuacji, gdy mamy przed sobą dwa lata wyborcze, trzy – jak obecnie – albo więcej? Po 1989 r. dwa razy zdarzyły się cztery lata wyborcze z rządu, jednak obie kadencje skończyły się wcześniejszymi wyborami i przegraną rządzących.

Chciałbym tu przywołać rok 1995 i czasy urzędowania ministra Żochowskiego, kiedy to powstawały wizje systemu, a w Ministerstwie Zdrowia tworzone pierwsze projekty reformy opieki zdrowotnej. To właśnie wtedy wybrano system ubezpieczeniowy kas chorych. Wtedy zaprezentowano pierwszy projekt ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, który zawierał zapisy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym, o symbolicznych dopłatach pacjentów za wizytę u lekarza POZ, u specjalisty i pobyt w szpitalu, o powstaniu prywatnych kas chorych, o powołaniu instytucji lekarza POZ i konieczności uzyskania jego skierowania na wszystkie konsultacje specjalistyczne. Wymagał on określenia

pozytywnego koszyka świadczeń gwarantowanych oraz zawierał wstępną kalkulację wysokości składki zdrowotnej w wysokości 14%, a potem 11%.

Kolejny rząd kontynuował i z zapałem rozwijał zaproponowany kierunek. Jednak do czasu wejścia w życie (*vacatio legis* ustalono na dwa lata) regulacja była nowelizowana 11 razy. W 1999 r. ustawa zawierała zapis o składce w wysokości jedynie 7,5% (decyzja ministra finansów Leszka Balcerowicza) i o powołaniu prywatnych kas chorych, który wykreślono w kolejnej nowelizacji, w 2000 r. Ostatecznie ugrupowanie, które poddało się własnym strachom, i tak poległo w wyborach, jak poległoby każde inne, bo jakie społeczeństwo

pozytywnie oceniliby cztery wielkie reformy systemowe, które wyróciły jego życie do góry nogami, nawet gdy było to dla niego korzystne?

O ironio, ta sama formacja, która zaproponowała i opracowała podwaliny systemu kas chorych, po wygraniu kolejnych wyborów zlikwidowała kasy i wprowadziła niekonstytucyjny system Narodowego Funduszu Zdrowia, który po korekcie funkcjonuje do dziś i ma taką gwarancję jeszcze na ok. dwa lata! Co potem? Wydaje się, że nie mamy wielkiego wyboru.

### Jak to, co działo się wtedy, ma być analogią dzisiejszych wydarzeń?

Wprowadzając system ubezpieczeniowy, kas chorych czy centralnego płatnika (NFZ), założono, że większa część systemu opieki zdrowotnej (zawsze mniejsza część jest finansowana z budżetu – np. procedury wyskopspecjalistyczne, ratownictwo medyczne) będzie finansowana ze składki zdrowotnej.

Oznacza to, że wszystkie wydatki dotyczące procedur medycznych oraz świadczeń towarzyszących (koszty wynagrodzeń personelu, zakupów i amortyzacji aparatury i wszystkie pozostałe) mieszczą się w kosztach danej procedury określonych przez płatnika (aktualnie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji sterowaną przez Ministerstwo Zdrowia). Istotą takiej regulacji jest założenie, że pacjent ma lepiej, pod warunkiem że system ma się lepiej. W kosztach poszczególnych świadczeń uwzględnione są koszty pracy i w gestii dyrektora leży ustalenie wynagrodzenia danej grupy zawodowej w konkretnym szpitalu lub zespole ratownictwa medycznego.

### Jesteśmy populistami

Regularny zwiększony wpływ składki zdrowotnej gwarantuje wzrost wynagrodzeń i inwestycji. Nie ma innej drogi. Mimo dobrej ostatnio koniunktury oczywiste jest, że sam wzrost gospodarczy nie zaspokoi potrzeb systemu i – co najważniejsze – oczekiwań społecznych. Tu rodzi się podstawowy problem, trzeba podjąć decyzję o zwiększeniu składki zdrowotnej.

Nasze populistyczne społeczeństwo nie akceptuje wzrostu składki pobieranej bezpośrednio z kieszeni obywatela, ale w pełni akceptuje wzrost wydatków budżetu państwa na ten cel, nie zdając sobie sprawy, że prowadzi on wprost do zwiększenia podatków, które każdy obywatel płaci z własnej kieszeni. Warto tu wskazać ostatni raport OECD, w którym zanotowano największe od kryzysu w 2009 r. podniesienie wydatków na ochronę zdrowia. Nastąpił istotny wzrost globalnych wydatków, wynoszący co najmniej 3,4% rocznie. W Polsce te wydatki także rosną w szybkim tempie, ale na jednego Polaka przypada tylko ok. 2 tys. dolarów rocznie, co daje nam 6. miejsce od końca wśród krajów OECD, zaraz za Chile, Łotwą (gdzie wszyscy są ubezpieczeni w Szwecji), Turcją, Meksy-

„Ta sama formacja, która opracowała podwaliny pod system kas chorych, po wygraniu kolejnych wyborów zlikwidowała kasy i wprowadziła niekonstytucyjny system Narodowego Funduszu Zdrowia funkcjonujący, po korekcie, do dzisiaj”

kiem i Kolumbią. Abyśmy osiągnęli w ciągu kilkunastu lat średnią europejską, wzrost powinien wynosić ponad 10% rocznie. Destrukcja systemu zaczęła się od zmiany przez minister Ewę Kopacz algorytmu rozdziału środków na poszczególne oddziały NFZ. Skutkiem tej populistycznej decyzji było skazanie na długotrwałe niedofinansowanie dwóch najbardziej wyskopspecjalistycznych i kosztochłonnych ze względu na dużą liczbą ośrodków oddziałów NFZ – śląskiego i mazowieckiego. Kolejnym, o wiele istotniejszym krokiem była decyzja ministra Zembali o zwiększeniu wynagrodzenia pielęgniarek i położnych, tzw. 4 razy 400 zł, pookrywanych ze „znaczonych” pieniędzy NFZ. To drugi, najgroźniejszy wyłom w systemie, który polegał na przeznaczeniu naszych wspólnych, wydzielonych w składce zdrowotnej pieniędzy na pensje tylko jednej grupy zawodowej.

Było kwestią czasu, żeby kolejne grupy zawodowe domagały się tego samego. Następny minister zdrowia dzielnie się opierał wzbierającym żądaniom kolejnych środowisk, co przypłacił utratą stanowiska, głównie dzięki działaniom związków zawodowych, szczególnie bratniej dla rządu Solidarności. Nowy minister nie miał już takich oporów i lawina ruszyła.

Kolejnym krokiem do destrukcji systemu było porozumienie z rezydentami i nowelizacja ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, czyli ustawy zakładającej „przyspieszenie” zwiększania nakładów na publiczny system opieki zdrowotnej do 6% PKB w 2024 r. Średni roczny wzrost nakładów w państwach OECD wynosi 3,4% i cały czas się zwiększa. Z naszym zaplanowanym wzrostem nie niższym niż na poziomie od 4,75% do 5,8%, w 2024 r. będziemy nadal daleko poniżej średniej europejskiej, a być może na tym samym 6. miejscu od końca. Aby do 2024 r. dogonić średnią europejską, musielibyśmy wydawać na zdrowie co najmniej 10% PKB, na co nie ma zgody ani społeczeństwa, ani ministra finansów.



„Wydatki na ochronę zdrowia rosną w szybkim tempie, ale na jednego Polaka przypada tylko ok. 2 tys. dolarów rocznie, co daje nam 6. miejsce od końca wśród krajów OECD, zaraz za Chile, Łotwą (gdzie wszyscy są ubezpieczeni w Szwecji), Turcją, Meksykiem i Kolumbią”

### Lekarz tylko u jednego pracodawcy

Bardzo groźne dla systemu, a najgroźniejsze dla funkcjonowania małych i średnich szpitali są zapisy dotyczące zachęty do pracy na etacie u jednego pracodawcy. Jeśli lekarz zatrudniony w podmiocie, który ma kontrakt z NFZ i realizuje świadczenia w ramach kontraktu, zobowiąże się, że będzie pracował na etacie wyłącznie (z ustawowymi wyjątkami) w tym podmiocie, otrzyma minimalne wynagrodzenie wynoszące 6750 zł. Na pierwszy rzut oka wydaje się, że taka suma nie jest zachęcająca, oczywiście z punktu widzenia lekarzy, którzy zgodnie z raportami GUS są najlepiej zarabiającym zawodem w Polsce. Jeśli jednak policzymy wszystkie pochodne i dodamy wynagrodzenie za dyżury oraz przychody z pracy poza szpitalem, okazuje się, że miesięczny przychód może sięgać kilkunastu tysięcy złotych, i to w tym górnym zakresie.

Przewiduję, że zbyt wielu lekarzy, wbrew prognozom Ministerstwa Zdrowia, zdecyduje się na „lojalkę”, zwłaszcza tych w wieku przedemerytalnym i emerytalnym. Być może także wielu lekarzy kontraktowych powróci na etat. Pierwszym efektem tej regulacji, poza większymi niż przewidywane wydatkami NFZ (znowu mniej na świadczenia), będą jeszcze większe niż obec-

nie braki obsady dyżurowej, szczególnie w szpitalach powiatowych.

Oprócz protestu rezydentów, którzy słusznie zauważają, że przywiązanie do jednego podmiotu mającego kontrakt z NFZ jest zbyt daleko idącą interpretacją wcześniejszego porozumienia, uwagi mają także pracodawcy, choć widać znaczące osłabienie aktywności tej organizacji. Uzasadnienie projektu i ocena skutków regulacji nie wskazują źródła finansowania, a więc koszty poniesie w całości NFZ. Nie ma takich wątpliwości w przypadku zobowiązania rezydentów do pracy w kraju przez dwa lata po skończeniu specjalizacji (bon narodowy). Te wydatki będą pokrywane z budżetu, tj. z podatków, czyli znowu z naszej kieszeni.

### Ratownicy odwołują protest

W tle powyższych wydarzeń mamy jeszcze uzgodnienia ministerstwa z ratownikami. Już zrealizowano dodatek w wysokości 400 zł od lipca 2017 r. i kolejny od stycznia tego roku. Ponieważ pieniądze te pochodzą z budżetu, otrzymali je tylko ratownicy zatrudnieni w systemie. Pozostali, finansowani z NFZ, takich dodatków nie dostali. Aktualne rozmowy dotyczące uwzględnienia także ratowników spoza systemu, przyznania im kolejnych 800 zł i włączenia dodatków do podstawy wynagrodzenia spełzły na niczym. Ratownicy grożą aktywnym protestem.

Także przyjęta przez rząd i parlament nowelizacja ustawy o płacach minimalnych, która wprowadza minimalne wynagrodzenie dla zawodów niemedycznych, dla tzw. działalności podstawowej (kolejne wydatki podmiotów leczniczych) nieźle narozrabia w systemie. Zwracam uwagę, że współczynnik pracy dla tych zawodów został wyznaczony w wysokości 0,53 i biorąc po uwagę tryb dochodzenia do wyznaczonego poziomu, zawody te w przyszłym roku osiągną przychód niewiele większy niż tegoroczne najniższe wynagrodzenie (ok. 17 zł). Płaca minimalna w przyszłym roku musi wzrosnąć o co najmniej 117 zł, a że będzie to rok podwójnie wyborczy (najpierw wybory do Parlamentu Europejskiego, potem do krajowego), należy się spodziewać podwyżki o 150 lub nawet o 200 zł. Tak więc znowu zawody niemedyczne znajdują się pod kreską. Na pewno taka regulacja nie zaspokoi oczekiwań Solidarności, OPZZ i OZZPDMiF. Wszystkie te organizacje już grożą protestami.

Ustawa o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zawiera jeszcze jeden kosztowny element – pielęgniarzy z wyższym wykształceniem i bez specjalizacji przeniesiono do wyższej grupy zawodowej, co wiąże się ze zmianą współczynnika pracy z 0,64 na 0,73 i podwyżkami dla tej grupy. To kolejne wydatki dla szpitali.

W ten oto łagodny sposób przejdziemy do tego, co najbardziej wzburzyło środowisko medyczne, czyli do zawartego po cichu porozumienia ministra zdrowia z pielęgniarkami.

## Co z normami zatrudnienia pielęgniarek i położnych?

Porozumienie mówi o wielu rzeczach, jednak głównie chodzi o kolejne podwyżki, i to w trybie kontynuacji „zembalowego”, jak powszechnie określają to pielęgniarki. Pielęgniarki, bez względu na sposób zatrudnienia, otrzymają dodatkowo 1200 zł miesięcznie od 1 lipca 2019 r., ale od września 2018 r. w wysokości nie mniejszej niż 1100 zł. Podwyżki wliczane są do pensji zasadniczej, a więc wzrosną też pochodne. OZZPiP zobowiązuje się do niepodejmowania ogólnopolskich akcji protestacyjnych do końca 2020 r. Jak już wspominałem, pieniądze te będą pochodziły z NFZ i znacznie zmniejszą pulę przeznaczoną na świadczenia zdrowotne.

Drugą kwestią, o której niektórzy w całym tym zamieszaniu zapominają, jest uzgodnienie i wprowadzenie w życie od stycznia 2019 r. norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Normy te opisane są w stosownym rozporządzeniu i gwarantują zatrudnienie na podstawie równoważników zatrudnienia wynoszących 0,6 na łóżko na oddziałach zachowawczych i 0,7 na łóżko na oddziałach zabiegowych. Od 1 lipca 2019 r. norma dla oddziałów zabiegowych wzrośnie do 0,9 i pojawi się norma dla oddziałów pediatrycznych wynosząca również 0,9.

Tak, panie i panowie dyrektorzy, powinniście zacząć (część już zaczęła) liczyć łóżka i likwidować w RPWDL ich nadmiar – to pozytywna strona tej regulacji. Możecie też dostosowywać liczbę łóżek, także tych potrzebnych, do liczby zatrudnionych pielęgniarek, a to już negatywne działanie.

Dyrektorzy muszą również od stycznia 2019 r. uwzględnić dodatki, płatny urlop szkoleniowy dla pielęgniarek w wymiarze 6 dni rocznie. Od początku 2019 r. pojawi się nowe świadczenie kontraktowane przez NFZ – porada pielęgniarska, na którą NFZ będzie potrzebował dodatkowych środków. Znowu mniej na pozostałe świadczenia, ale tym razem to drobnostka.

Oliwy do medycznego ognia dołały pielęgniarki, stanowczo sprzeciwiając się propozycji Ministerstwa Zdrowia, aby ratownikom nadać uprawnienia udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji planowej i jednego dnia.

## Co to się działo, co się działo...

Rozpoczęła się strzelanina: ratownicy do pielęgniarek, pielęgniarki do ratowników, Solidarność do pielęgniarek, Solidarność do rezydentów, pielęgniarki do Solidarności itd. Po krótkiej wymianie ognia wszystko na chwilę ucichło. Do momentu, gdy zaczęły się pojawiać komunikaty poszczególnych związków i grup zawodowych informujących premiera i ministra zdrowia o akcjach strajkowych i protestacyjnych, które zostaną podjęte, jeśli nie podejmie rozmów i nie spełni ich żądań.

„Aby do 2024 r. dogonić średnią europejską, musielibyśmy wydawać na zdrowie co najmniej 10% PKB, na co nie ma zgody ani społeczeństwa, ani ministra finansów”

Wszystko wskazuje na to, że w drugiej połowie września lub w październiku rezydenci ponownie zaczynają wypowiadać klauzule *opt-out* i brać zwolnienia z pracy, a ratownicy nie wsiądą do karet. Protestów należy spodziewać się także ze strony fizjoterapeutów, techników elektroradiologii i innych zawodów medycznych i okołomedycznych. Solidarność wzywa swoich działaczy, aby przygotowali się do ogólnopolskiej akcji protestacyjnej, choć znając sentyment Solidarności do obecnego rządu, pewnie osiągną porozumienie. Lada chwila obudzi się też OPZZ.

Związek Szpitali Powiatowych Województwa Śląskiego rusza na Warszawę, wraz z Ogólnopolskim Związkiem Pracodawców Szpitali Powiatowych uważają, że ryczałtowe finansowanie szpitali w sieci jest za mało niskie dla małych szpitali, które w szybkim tempie się zadłużają.

## Wydaje się, że nie będą protestowały tylko pielęgniarki

Wszystkie decyzje i działania legislacyjne ministra zdrowia i rządu – od ustawy o minimalnym wynagrodzeniu po realizację postulatów rezydentów, ratowników i pielęgniarek – są charakterystyczne dla systemu budżetowego.

W krajach europejskich są charakterystyczne prawie wyłącznie dla systemów budżetowych. Są to systemy centralne (np. Anglia), w których rząd zarządza zarówno rozdzielaniem pieniędzy, jak i podmiotami leczniczym, ustala liczbę łóżek, normy zatrudnienia i wyznacza wysokość wynagrodzenia dla poszczególnych grup zawodowych. Charakterystyczne dla systemu budżetowego są także niskie koszty administracyjne płatnika – rządu, a przecież koszty administracyjne NFZ są najniższe w Europie.

Może nie do końca wracamy do czasów sprzed 1989 r., ale sięgamy tam bardzo głęboko. Naturalnym rozwiązaniem po podjęciu tylu budżetowych regulacji jest przejście na system budżetowy, ale to dopiero za dwa lata. Zresztą, zobaczymy. Rodzi się pytanie: czy to źle? Otóż niekoniecznie, bo okazuje się, że nie ma znaczenia, jaki jest system. Najważniejsze jest to, ile i jak wydajemy na zdrowie, a tu mamy wiele do zrobienia.

Piotr Warczyński