



Fot. iStockphoto.com

# Subiektywna historia systemu z rozwiązaniami w tle

Każdy oczekuje dobrego dostępu do opieki zdrowotnej. Niektórzy spośród nas liczą na takie przekształcenia systemu, które do tych oczekiwanych zmian doprowadzą. Niestety jeszcze mniejsza liczba wie, jak funkcjonuje system, z jakich źródeł jest finansowany oraz jakie czynniki powodują jego mizериę. Poniższy artykuł jest o tym, dlaczego trudno liczyć na poprawę w przewidywalnym czasie.

## MACIEJ BIARDZKI

Zacznę w sposób nietypowy – od uproszczonej diagnozy, wręcz Straßendiagnose, jak określiliby to Niemcy. Dlaczego jest tak źle z opieką zdrowotną w Polsce? Udzielone odpowiedzi postaram się w dalszej części artykułu nieco rozwinąć.

Prawda znana wszystkim, niemal trywialna, brzmi: źle jest dlatego, że od dziesięcioleci nie przeznaczano na opiekę zdrowotną należnych nakładów finansowych.

Powodowało to, że z biegiem lat nie tylko nie wykonywano odpowiedniej liczby świadczeń zdrowotnych na rzecz ludności, ale doszło do trudno odwracalnej degradacji najgłębiej rozumianej infrastruktury systemu – od budynków i wyposażenia, co jest oczywiste, poprzez zmniejszenie zasobów ludzkich i pojawienie się dramatycznej luki pokoleniowej po petryfikację niskich zarobków tych, którzy w systemie mimo wszystko pozostali.

Do tego dochodzą jeszcze: archaiczna struktura organizacyjna poszczególnych części systemu, feudalne stosunki pomiędzy jego uczestnikami, niedostosowane szkolnictwo mające zapewnić dopływ nowych pracowników. Mamy sytuację, pogłębianą drastycznie przez pandemię, w której nie jesteśmy w stanie posiadanymi zasobami zabezpieczyć potrzeb społecznych. I nie ma większych nadziei, że dojdzie do jakichkolwiek istotnych korzystnych zmian.

Najbardziej jednak bolesną obserwacją jest przekonanie, że tak naprawdę wielu osobom z rozmaitych powodów nie zależy na poprawie działania systemu. Dzieje się tak, ponieważ albo czerpią one korzyści ze status quo, albo boją się podejmowania decyzji, albo nie chcą ponosić nieuniknionych kosztów zmiany.

### Przyczyna pierwsza – walka stronnictw w Polsce

Gruntowna naprawa systemu opieki zdrowotnej w Polsce nie jest możliwa bez zgody społecznej, w tym zgody reprezentantów społeczeństwa – stronnictw politycznych. Wynika to z rozmiarów zmian, w tym z ich wpływu na wszystkie grupy społeczne, chociażby przez nieuniknione upowszechnienie składki zdrowotnej i wzrost opodatkowania na cele zdrowotne.

Potrzeba zwiększenia nakładów na zdrowie i jak najbardziej równego rozłożenia ciężarów musi być zrozumiana i zaakceptowana przez społeczeństwo, które jest przecież elektoratem różnych ugrupowań. O ile jestem w stanie uwierzyć, że przy dobrej, uczciwej kampanii informacyjnej jest możliwe przekonanie ludzi, to niestety potrafię sobie wyobrazić, że jakiegokolwiek ugrupowanie opozycyjne w jakimkolwiek czasie nie wykorzysta okazji do zanegowania rządowych propozycji, aby przypodobać się własnemu elektoratowi. Wystarczy nawet niewielkie zainteresowanie sprawami publicznymi w Polsce, aby dojść do wniosku, że pomiędzy plemionami politycznymi w najbliższym czasie konsensusu nie będzie w żadnej chyba sprawie, a co dopiero tak fundamentalnej jak opieka zdrowotna.

### Przyczyna druga – pudełko czekoladek

Koncepcja pudełka czekoladek, choć zaczerpnięta od Forresta Gump'a, ma tu inne znaczenie. Forrestowi życie przypomina pudełko czekoladek, w którym losowo przytrafia nam się jakieś zdarzenie. W przypadku systemu opieki zdrowotnej pudełko czekoladek oznacza, że na jego całość składa się wiele elementów, czasami luźno ze sobą powiązanych i o zupełnie różnym cha-

rakterze, jednak bez współistnienia ich wszystkich, a zwłaszcza bez współpracy pomiędzy nimi nie jest możliwe uzyskanie pożądanej efektywności. Z tej koncepcji wynika, że prawdziwa reforma nastąpi dopiero wtedy, kiedy wszystkie „czekoladki” zostaną zidentyfikowane, będzie opracowany plan naprawczy dla znakomitej większości, w tym wszystkich najbardziej wrażliwych „czekoladek”, a następnie dokona się jednocześnie naprawy całości.

Do tej pory nigdy takiej całościowej naprawy nawet nie próbowano zaplanować. Zamiast tego podejmowano bardziej lub mniej ambitne reformy pojedynczych „czekoladek”. Ponieważ elementy ze sobą współdziałały, naruszenie równowagi pomiędzy nimi wcale nie powodowało poprawy funkcjonowania systemu, a wręcz prowadziło do narastania kolejnych napięć. Warto sobie przypomnieć, do czego doszło, kiedy w 1999 r. wprowadzono ubezpieczeniowy system opieki zdrowotnej, choć tutaj dodatkowym katalizatorem było cięcie składki zdrowotnej z 11 proc. do 7,5 proc., preferowane przez Leszka Balcerowicza.

### Przyczyna trzecia – ignorancja ekonomiczna polityków połączona z cynizmem

Na początku artykułu zaznaczyłem, że przyczyną problemów systemu opieki zdrowotnej jest niedobór środków finansowych. Odpowiednie nakłady można pozyskać tylko poprzez opodatkowanie społeczeństwa, oczywiście jeżeli nie przyjmujemy, że można je zdobyć poprzez zadłużenie.

Przyczyna trzecia jest najbardziej rozwinięta, bo i decyzji politycznych dotyczących zdrowia było w ostatnim ćwierćwieczu całkiem sporo. Większość z nich była dla systemu niekorzystna i nie wydaje się, aby podejmujący te decyzje nie mieli tego świadomości. A jeżeli tak, tym gorzej to o naszych przywódcach świadczy. Przypomnijmy sobie zatem w skrócie, jak to wyglądało.

W 1997 r., czyli blisko ćwierć wieku temu, podjęto w Polsce decyzję polityczną o wprowadzeniu modelu ubezpieczeniowego, w którym nakłady na opiekę zdrowotną pochodzą z powszechnej składki zdrowotnej. W założeniu miało to być 11 proc., przy czym część kosztów, w tym tzw. koszty hotelowe, miała być płacona przez pacjenta. Za osoby nieuzyskujące przychodu składkę miał pokrywać Skarb Państwa. Taki projekt stworzyła ekipa nieżyjącego ministra Jacka Żochowskiego i miał on w założeniu zrównoważyć przychody i koszty systemu. Projekt ten został przegłosowany w 1997 r., w końcówce rządów koalicji SDRP-PSL, i już na starcie okrzyczany przez prawicowo-liberalną opozycję jako „bomba podłożona pod finanse publiczne”, zwłaszcza że składka zdrowotna płacona przez podatników miała być w całości odliczana od podatku. Jasne – program był kosztowny, tak jak kosztowna jest

„Nie będzie naprawy systemu, bo dla zbyt wielu ludzi obecny system zwyczajnie jest wygodny”



Fot. iStockphoto.com

ochrona zdrowia w całym rozwiniętym świecie. Zresztą, jeżeli nie chcemy katastrofy, to w przyszłości tych kosztów nie unikniemy.

Koalicja SDRP-PSL została jednak zmyta przez „powódź tysiąclecia” i władzę objęła koalicja AWS-UW, która natychmiast zajęła się nowelizacją ustawy. Ponieważ ministrem finansów i wicepremierem był wspomniany już Leszek Balcerowicz (UW), składka zdrowotna została przycięta, jak już wspomniano, z 11 proc. do 7,5 proc. Jednocześnie prawicowa część koalicji (AWS) zadbała o to, aby usunąć z ustawy elementy dotyczące współpłacenia i potencjalnej konkurencji płatników, tworząc kasy regionalne i podnosząc limity liczby ubezpieczonych w innych kasach do 500 tys. W ten sposób skutecznie zablokowano powstanie jakiegokolwiek innej kasy poza przymusowo utworzoną Kasą Branżową Służb Mundurowych.

Reformę „odpalono” 1 września 1999 r. i od razu uruchomiono kaskadę porażek. Jest oczywiste, że problemy z implantacją ustawy wynikały z tego, że zaczęto reformować niezmiernie ważną, ale tylko pojedynczą „czekoladkę”. Swoje dołożyły też niechlujność rozwiązań oraz fakt, że realizować musiały je podmioty do tego nieprzygotowane. Trzy miesiące wcześniej ustawowo przekształcono finansowane budżetowo ZOZ-y w samodzielne ZOZ-y, czyli prowadzące np. zupełnie inną gospodarkę finansową. W dniu wejścia reformy przekazano znakomitą większość szpitali w ręce powstałych tego samego dnia organów samorządowych – województw i powiatów. Finansowaniem działalności zajęły się powstałe właśnie kasy chorych. Czyż to nie był cudowny przepis na klęskę?

Problemy zaczęły się mnożyć od pierwszego dnia. Nowo utworzona i nieprzygotowana organizacja musiała sobie poradzić z gwałtownym niedoborem środków finansowych. Osobom ekscytującym się obecnym protestem, a niepamiętającym wydarzeń sprzed 20 lat polecam sięgnięcie do materiałów archiwalnych, aby zobaczyć, jak burzliwe były demonstracje w latach 1999–2001.

Odpowiedź rządzących była spektakularna, ale jednocześnie bardzo typowa i powtarzana w kolejnych latach. Po prostu uchwalono „ustawę 203”, która wszystkim pracownikom systemu zagwarantowała podwyżkę wynagrodzeń. Pieniądze mieli wygospodarować sami pracodawcy. Z powodu skali niedofinansowania nie

było to możliwe i większość pracodawców po prostu zignorowała ustawy nakaz, dlatego kolejną ustawą podwyższono składkę zdrowotną z 7,5 proc. do 7,75 proc., co miało zapewnić pieniądze na realizację podwyżek. Była to zresztą, co warto przypomnieć, ostatnia podwyżka składki zdrowotnej, która odbyła się kosztem budżetu państwa, ponieważ odliczano ją od podatku. Jesienią 2001 r. upłynęła kadencja sejmiku, odszedł mniejszościowy rząd AWS, a z uwagi na „sukcesy” reform do nowego sejmiku nie dostały się ani AWS, ani UW. Nastal czas na nowe siły – SLD przekształconą z SDRP po klęsce 1997 r., która w koalicji z PSL objęła ponownie władzę, oraz wtedy opozycyjne, nowo powstałe partie PO i PiS. W przypadku tych ostatnich ich stała konfrontacja towarzyszy nam od 16 lat. Nic to jednak nie zmieniło w systemie opieki zdrowotnej, poza sporadycznymi wyjątkami.

Koalicja SLD-PSL objęła władzę, dziedzicząc po chaotycznych rządach prawicowo-liberalnych tzw. dziurę Bauca – przewidywany deficyt budżetu państwa w wysokości 80 mld zł. Żeby sobie uzmysłowić skalę deficytu, wystarczy przypomnieć, że ówczesne dochody budżetu wynosiły nieco ponad 140 mld zł. To tak, jakbyśmy w 2020 r. mieli deficyt na poziomie 240 mld zł (przychody budżetu wyniosły ok. 420 mld zł). Nic dziwnego, że nowy minister finansów, Marek Belka, musiał szukać cięć, aby nie dopuścić do bankructwa państwa. No i znalazł 40 mld zł w różnych miejscach, bo deficyt za 2002 r. wyniósł właśnie połowę założonego. Niestety znalazł je także w nakładach na zdrowie.

Już w ustawach o budżecie na 2002 r. Marek Belka znalazł kilka miejsc do uszczelnienia – chyba wtedy narodziło się to słynne słowo. Po pierwsze uznano, że jeżeli w rodzinie choć jedna osoba płaci składkę zdrowotną, jej ubezpieczenie rozciąga się na wszystkich domowników. Po drugie ograniczono wysokość składki zdrowotnej płaconej przez państwo za osoby nieuzyskujące przychodu do 40 proc. zasiłku pielęgnacyjnego, co w owym czasie stanowiło kwotę ok. 50 zł miesięcznie. W tym samym czasie zaczęto przerzucać do finansowania przez płatnika publicznego świadczenia wysokospecjalistyczne, do tej pory finansowane przez Ministerstwo Zdrowia, np. kardiologię interwencyjną. Efekt był taki, że w 2002 r. przychody ze składki zdrowotnej były jedyny raz niższe niż w roku poprzedzającym. Wywołało to kolejny wzrost

napięć, zwłaszcza że nadal masowo nie realizowano obowiązków wynikających z „ustawy 203”. I po raz kolejny, chociaż znowu ostatni, zdarzył się mały cud. Na wniosek Bolesława Piechy przeforsowano kroczący wzrost składki zdrowotnej – z 7,75 proc. do 9 proc., w wysokości 0,25 proc. rocznie, tyle że tym razem finansowany bezpośrednio przez płacącego składkę. Znowu był to chyba ostatni przypadek, kiedy w istotnych sprawach dla systemu opozycja głosowała zgodnie z rządzącymi.

Z rządów koalicji SLD-PSL w latach 2001–2005 wypada wspomnieć już tylko dwie rzeczy. Jedną była centralizacja płatnika poprzez utworzenie w 2003 r. Narodowego Funduszu Zdrowia, co praktycznie zamknęło możliwość stworzenia konkurencji przy finansowaniu świadczeń. Drugą był program oddłużeniowy, który firmował Marek Balicki. Program powstał głównie dlatego, że wcześniejsze cięcia doprowadziły do nienotowanego dotąd zadłużenia szpitali i przychodni, z przejściem części zadłużenia przez komorników i firmy windykacyjne i nieuniknionymi kosztami egzekucyjnymi. Kto pamięta, jak funkcjonowały wtedy szpitale, ten wie, jakich ekwilibrystycznych czynów dokonywano, aby utrzymać ich działalność. Program ten wspomógł w szpitalach ponad 2,2 mld zł, co rzeczywiście poprawiło płynność i pozwoliło wyjść systemowi z najgorszego kryzysu, jednocześnie nic nie zmieniając w jego długofalowym funkcjonowaniu.

Lata 2005–2007 to okres pierwszych rządów PiS, ale zarazem sprawowania funkcji ministra zdrowia przez nieodżałowanego prof. Zbigniewa Religę. W tym krótkim, burzliwym okresie starał się on zwiększyć finansowanie systemu, wprowadzając co najmniej dwie zmiany. Pierwszą, obowiązującą do dziś, było bezpośrednie finansowanie systemu ratownictwa medycznego z budżetu państwa. Drugą – finansowanie leczenia ofiar wypadków komunikacyjnych z ubezpieczenia OC sprawców. Niestety, to drugie rozwiązanie, wnoszące do systemu ok. 1 mld zł, zostało przez następców zlikwidowane.

Lata 2008–2015 nie przyniosły systemowi praktycznie żadnych zmian. Nie zmodyfikowano reguł finansowania, poza pozorną zmianą sposobu oskładkowania rolników z komicznego ekwiwalentu ceny kwintala żyta na 1 zł od hektara (w zależności od wielkości posiadanej powierzchni), a pozostałą wartość do wysokości wynikającej z algorytmu w poprzednich latach dopłacał budżet. Zlikwidowano, jak wspomniano wyżej, daninę od towarzystw ubezpieczeniowych.

W tym czasie wykonano wiele ruchów pozornych, takich jak utworzenie koszyka świadczeń zdrowotnych czy przekształcenie zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe. Koszyk, tak niezbędny systemowo, który miał doprowadzić do zrównoważenia podaży usług zdrowotnych z nakładami, całkowicie skompromitowano poprzez mechaniczne skopiowanie katalogów NFZ do ustawy. Według ustawodawcy nadal stać nas było na wszystko. Ustawa wspierająca przekształcanie archaicznych SPZOZ-ów w spółki kapitałowe została z kolei skutecznie zożydzona przez opozycję, ale też warunki działalności. Co z tego, że przekształcono ZOZ w spółkę – lepiej zorganizowaną, podlegającą kodeksowi spółek handlowych, skoro mimo wsparcia finansowego przy przekształceniu nadal działał on w warunkach skrajnego niedofinansowania? Jakże łatwo było ówczesnej opozycji krytykować rząd, jednocześnie skutecznie deprecjonując organizację zakładów opieki zdrowotnej opartą na znacznie zdrowszych zasadach.

Okres ten to także dalsze ciche przekazywanie finansowania świadczeń wysokospecjalistycznych z Ministerstwa Zdrowia do NFZ (np. transplantologii), co ponownie ograniczało nakłady, ale też nasilenie retoryki o potrzebie usprawnienia działalności systemu poprzez jego uszczelnienie. Nie chcąc zwiększyć jego finansowania, skutecznie wsączono w świadomość społeczną przekonanie, że system jest tak źle zorganizowany, że zanim się go w sposób znaczący dofinansuje, najpierw trzeba go poprawić organizacyjnie. W ten sposób kupiono sobie czas, dokonując szeregu ruchów pozornych, w tym tych opisanych wcześniej, ale też spektakularnych, ta-

„Czas na radykalne rozwiązania, za które społeczeństwo będzie musiało zapłacić. Rząd nie ma swoich pieniędzy”



Fot. Adobe Stock

kich jak np. pakiet onkologiczny. Potrzebny i służący chorym, jednak tak istotny systemowo jak nowy zdezelowany samochód.

Od 2015 r. rządzi samodzielnie PiS. Czy dla systemu wyniknęło z tego coś pozytywnego? Za ministrowania Konstantego Radziwiłła dywagowano o zlikwidowaniu NFZ jako elemencie programu politycznego partii rządzącej. Dyskusja trwała długo – czy finansować z budżetu czy ze składki zdrowotnej, w mniejszym stopniu o skali finansowania. Ostatecznie góra urodziła mysz i pozostaliśmy przy dotychczasowych zasadach, co dla większego komizmu próbowano przedstawiać jako sukces. W celu zwiększenia finansowania przyjęto słynną mapę drogową dojścia do nakładów 6 proc. PKB, szachrując po drodze rokiem odniesienia. W tym czasie, o czym warto wspomnieć, wygasły inne zapędy reformatorskie resortu. Ustawę o sieci szpitali wprowadzono w sposób niezwykle kaleki, porównywalny z wprowadzaniem koszyka świadczeń zdrowotnych przez poprzedników. Po prostu praktycznie wszystkie oddziały w szpitalach publicznych włączono do sieci i ogłoszono zakończenie sprawy. Przy okazji, wprowadzając ryczałt dla oddziałów (w ten sposób finansowanych skutecznie), zakończono coroczny problem nadwykonań. Zapowiadane ustawy o wyrobach medycznych, refundacyjnym trybie rozwojowym czy ratunkowym dostępie do technologii lekowych ugrzęzły w gabinetach. Skończyło się tym, że pod naciskiem strajkujących wówczas rezydentów dokonano zmiany na stanowisku ministra zdrowia, stawiając na Łukasza Szumowskiego.

Łukasz Szumowski podpisał porozumienie z lekarzami, które w zasadzie nic nie wniosło do finansowania systemu, a wywołało kolejne napięcia. Przyspieszenie dojścia do wymarzonego 6 proc. skrócono o rok, ale i tak największy wzrost miał się dokonać dopiero w latach 2021–2023, czyli wówczas – w następnej kadencji sejmu. Tak ważne dla lekarzy podniesienie poziomu wynagrodzeń nastąpiło, ale jednocześnie doprowadziło do znacznego rozwarstwienia płac w szpitalach i potężnej presji płacowej ze strony lekarzy zatrudnionych na umowach cywilnoprawnych. Przecież właśnie to rozwarstwienie po ostatniej zmianie ustawy o wzroście minimalnego wynagrodzenia pracowników systemu

spowodowało, że podwyżki minimalnych wynagrodzeń dla lekarzy były niewspółmiernie niższe niż dla innych pracowników.

Łukasz Szumowski zgasił pożar i nie bawił się specjalnie w dalsze reformowanie systemu, lecz zajął się tym, na czym chyba najbardziej mu zależało – utworzeniem Agencji Badań Medycznych. O potrzebie jej istnienia można dyskutować, zwłaszcza wobec funkcjonowania innych instytucji finansujących działalność badawczą, takich jak Narodowe Centrum Nauki czy Narodowe Centrum Badań i Rozwoju. Agencja powstała i tyle. Czy ma jakiegokolwiek znaczenie dla polskiego systemu ochrony zdrowia czy tylko dla osób zajmujących się działalnością naukową w tej dziedzinie – to inne pytanie.

Czas pokazał, że zwiększenie finansowania systemu rzeczywiście następowało, nawet szybciej, niż zapisano w mapie, ale wynikało to z coraz większego wzrostu wynagrodzeń płacących składkę (coraz większego udziału wynagrodzeń w PKB), z minimalnym tylko zaangażowaniem budżetu. Ta podwyżka była niewystarczająca, by stawić czoła potrzebom systemu, zwłaszcza w obliczu pandemii.

#### Przyczyna czwarta – egoizm ekonomiczny państwa, ale też nas wszystkich

Skonstruowany w 1997 r. system finansowania opieki zdrowotnej nierówno rozłożył obciążenia składkowe na obywateli. Dodatkowo wszelkie późniejsze kombinowanie przy nim nierówności te pogłębiało. Pał sześc, gdyby pieniędzy ze składki była wystarczająca ilość i byłyby one w całości odliczane od podatku. Nie byłoby o czym dyskutować, bo nikt nie ponosiłby zwiększonych obciążeń i nie byłby na tym stratny. Ale tak niestety nie jest.

Zgodnie z typowymi dla ubezpieczeń powszechnych zasadami, wywodzącymi się jeszcze od Bismarcka, każdy płaci składkę proporcjonalnie do przychodów, a otrzymuje świadczenie według potrzeb. Nie ma to nic wspólnego z ubezpieczeniami indywidualnymi, gdzie ile płacę, tyle otrzymuję. W sytuacji, w której pieniędzy na finansowanie systemu jest zbyt mało, a część

„ Obecnie składkę na warunkach powszechnych płacą praktycznie wyłącznie ludzie zatrudnieni na umowach o pracę, na umowach-zleceniach oraz emeryci i renciści ”



Fot. Adobe Stock

„Niepotrzebnie kłamano, mówiąc o podwyższeniu progu podatkowego, zwiększeniu kwoty wolnej czy emeryturze bez podatku”



Fot. Adobe Stock

z nich płacimy już z własnej kieszeni, zróżnicowanie obciążeń z uprzywilejowaniem niektórych grup jest po prostu aspołeczne.

Obecnie składkę na warunkach powszechnych, czyli w wysokości 7,75 proc. dochodu pomniejszonego o ubezpieczenie społeczne, odliczaną od podatku plus 1,25 proc. składki płatnej bezpośrednio płacą praktycznie wyłącznie ludzie zatrudnieni na umowach o pracę, na umowach-zleceniach oraz emeryci i renciści. Istnieje cały szereg „pasażerów na gapę” – od przedsiębiorców płacących składkę od 3/4 średniego wynagrodzenia poprzez wspomnianych już rolników, inne grupy płacące ryczałtowo (np. księża), osoby zwolnione przedmiotowo (jak w przypadku umowy o dzieło) po osoby nieuzyskujące przychodu. Te ostatnie albo mają zagwarantowane konstytucyjnie prawo do opieki zdrowotnej – są to dzieci, które obejmuje ubezpieczenie rodziców, albo na podstawie opisywanych wyżej manewrów Marka Belki są objęte ubezpieczeniem współdomowników, albo opłaca je w minimalnej stawce państwo. Było i jest oczywiste, że jeżeli chce się zwiększyć nakłady na zdrowie, trzeba albo przejść na finansowanie budżetowe, albo podwyższyć przychody ze składki zdrowotnej. W tym ostatnim przypadku należałoby najpierw upowszechnić składkę zdrowotną, tzn. doprowadzić do sytuacji, kiedy wszyscy płacą ją według tych samych zasad, a dopiero potem w razie potrzeby podnieść.

W ostatnim czasie w ramach Polskiego Ładu postanowiono doprowadzić do takiego upowszechnienia, przynajmniej częściowego, jednak spotkało się to z oporem wielu grup. Propozycja wynikała z doświadczenia okresu pandemii, o czym za chwilę, która spowodowała ujawnienie braku zasobów finansowych i chyba uświadomiła rządzącym, że dalsze oszczędzanie na zdrowiu może doprowadzić do katastrofy. Ale ta wiedza i tak nie pozwoliła na szczerze przedstawienie potrzeby zwiększonego opodatkowania się obywateli na zdrowie. Przede wszystkim niepotrzebnie kłamano, mówiąc o podwyższeniu progu podatkowego, zwiększeniu kwoty wolnej od podatku czy emeryturze bez podatku, ponieważ wprowadzenie składki zwolnionej od opodatkowania dla znacznej większości ludzi będzie po prostu oznaczać skonsumowanie zachwalanych korzyści. Nie będzie zerowego podatku, tylko 9 proc.

na składkę zdrowotną do wysokości kwoty wolnej od podatku dochodowego. Nie będzie 18 + 1,25 proc. podatku, ale 18 + 9 proc. do wysokości zmienionego progu podatkowego. Będą ludzie w grupie zatrudnionych etatowo, emerytów i rencistów, którzy zyskają na zmianach podatkowych, będą też tacy, którzy stracą. Dla systemu opieki zdrowotnej to bez różnicy, bo grupa ta odprowadzi i tak swoje 9 proc. Fiskus przechwyci dotychczas odliczane 7,75 proc., co skompensuje w znacznej mierze tak reklamowane podwyższenie kwoty wolnej i podniesienie progu podatkowego.

Inaczej przedstawia się sprawa przedsiębiorców. Dotychczas odprowadzali oni zaniżoną składkę, która była odliczana od podatku na zasadach ogólnych, płacąc jednak fiskusowi podatek w należnej wysokości. Beneficjentem był fiskus. Rozwiązanie, które im zaproponowano, jest delikatnie mówiąc hardcorowe. Zamiast wprowadzić takie zasady jak dla grupy zatrudnionej na etatach (7,75 proc. odliczane od podatku, 1,25 proc. płacone bezpośrednio), drastycznie podwyższono opodatkowanie. Tym osobom (także mnie) nie daje się żadnych obniżek podatku dochodowego czy ustanowienia kwoty wolnej od podatku, nakazuje się zaś zapłacenie składki zdrowotnej liczonej od przychodu w wysokości 9 proc. Oznacza to realny wzrost opodatkowania z 19 + 1,25 proc. do 19 + 9 proc. Dla uproszczenia nie uwzględniam kosztów działalności, które dla niektórych przedsiębiorców są znaczne. Nic dziwnego, że wzbudziło to ogólny protest, nie tylko organizacji przedsiębiorców. Spektakularne były protesty Episkopatu przeciwko włączeniu do powszechnego oskładkowania księży, ale też Naczelnej Rady Lekarskiej sprzeciwiającej się podwyższeniu opodatkowania lekarzy przedsiębiorców, mimo że miało to doprowadzić do zwiększenia finansowania systemu.

Skąd te protesty? Pewnie stąd, że ludzie ogólnie nie lubią podwyższania opodatkowania, ale też stąd, że po raz kolejny próbowano szachrować przy dokonywaniu zmian. Wprowadzając je w proponowanej wysokości, w mniejszym stopniu kierowano pieniądze do systemu (choć w przypadku przedsiębiorców było to istotne), a w większym przekierowywano pieniądze do tej pory odliczane od podatku bezpośrednio do fiskusa. Pod pozorem upowszechnienia składki zdrowotnej po

prostu podniesiono opodatkowanie. Po drugie wcale nie zlikwidowano problemu ludzi nieuzyskujących przychodu ani takich, których przychodu nie sposób ustalić. Nadal obowiązują rozwiązania Marka Belki – nikt nie płaci za dzieci, jeżeli mają rodziców płacących składki, za bezrobotnych składki są bardzo zaniżone. W przypadku rolników, którym nie narzucono prowadzenia księgowości, więc nie sposób ustalić ich przychodu, obowiązują dotychczasowe, preferencyjne dla nich rozwiązania. Zwiększenie finansowania systemu wydaje się bardziej zasłoną dymną niż celem.

Moją tezę potwierdzają ostatnie doniesienia o obniżeniu proponowanej składki zdrowotnej przedsiębiorcom, co spowoduje, że system opieki zdrowotnej dostanie mniej, niż planowano, ale fiskus nie straci ani grosza.

### Przyczyna piąta – organizacja

Nie będzie też naprawy systemu, bo dla zbyt wielu ludzi obecny system zwyczajnie jest wygodny. A jest ich bardzo dużo i są oni, mówiąc kolokwialnie, decyzyjni. Od lat mówi się o potrzebie przywrócenia łączności pomiędzy zdrowiem a opieką społeczną, które od 1999 r.

oddziałów, którzy nimi zarządzają. Pamiętam swoją długą rozmowę z prof. Religą, jak przełamać opór środowiskowy i odejść od tego feudalnego modelu. Minęło 15 lat i ordynatorzy mają się dobrze – są chronieni przez prawo i środowisko. Podobnie z oddziałami – mimo że od dawna w słowniku kodów resortowych są oddziały wielospecjalistyczne, zarówno zabiegowe, jak i zachowawcze, a NFZ kontraktuje nie tylko pełne oddziały, lecz także tzw. profile, nadal w większości szpitali jest po kilkanaście oddziałów, często kilku-, kilkunastołóżkowych, z całym kosztem utrzymywania ich odrębności, co drenuje nie tylko zasoby finansowe, ale te ostatnio najważniejsze – ludzkie.

Czy mamy za dużo łóżek szpitalnych? Trudne pytanie. Na pewno jest ich za dużo, by zapewnić obsadę pracujących w szpitalach profesjonalistów medycznych. W sposób racjonalny można zmniejszyć ich liczbę, tworząc przemyślaną sieć placówek opartą na kryteriach geograficzno-populacyjnych, uwzględniając liczbę specjalistów potrzebnych do ich utrzymania, epidemiologię chorób leczonych na tych oddziałach itp. Wprowadzona w 2016 r. sieć absolutnie tego nie realizuje. Czy będzie ją można skonstruować po raz kolejny w sposób prawi-

” Okres od marca do września 2020 r. przespano, więc w obliczu drugiej, a dla nas właściwie pierwszej fali stanęliśmy po prostu nieprzygotowani ”

znajdują się w odrębnych silosach ministerialnych. I co? I nic. To samo dotyczy utrzymywania archaicznej organizacji w postaci samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Przecież organizacja, w której dyrektor jest właściwie pozbawiony samodzielności, może być odwołany w każdej chwili i praktycznie nie odpowiada za wynik finansowy swojej jednostki, a organem nadzorczym dla niego jest rada społeczna złożona z ludzi desygnowanych przez lokalnych polityków i samorządy zawodowe, nie jest żadnym organizmem gospodarczym. Nie będzie realizować celów związanych z ochroną zdrowia, nie będzie walczyć o jakość udzielanych świadczeń, bo jest zakładnikiem lokalnych interesów podmiotów tworzących i części pracowników. Jak pisałem wyżej, formę spółek kapitałowych skutecznie zohydzono, kiedy obecna władza była w opozycji, więc powrót do takiej organizacji wszystkich podmiotów leczniczych nie jest obecnie możliwy.

Można pytać bez końca, czy utrzymywanie struktury oddziałowej szpitali i wręcz XIX-wiecznej funkcji ordynatora oddziału to jest dobry kierunek. Od lat mówi się o odejściu od ordynatorów, w niepublicznych podmiotach coraz powszechniejsi są kierownicy

dłowy przy konformizmie polityków i silnych interesach grupowych? Chciałbym wierzyć.

### Pandemia

Pandemia ukazała największe braki naszego systemu: od tragicznego zaniedbania infrastrukturalnego szpitali po braki kadrowe, niepozwalające na leczenie dodatkowych pacjentów. Mimo że mieliśmy tak krytykowany nadmiar łóżek krótkoterminowych, nie potrafiliśmy tak operować tym „nadmiarem”, aby leczyć ludzi zakażonych SARS-CoV-2 bez ograniczenia dostępu dla chorych na inne schorzenia. Wpłynął na to brak doświadczenia i benchmarków u decydentów, choć przecież na wiosnę 2020 r. wysyłaliśmy z WIM zespoły lekarzy do Lombardii czy do USA, które takie benchmarki dostarczały. Okres od marca do września 2020 r. przespano, więc w obliczu drugiej, a dla nas właściwie pierwszej fali stanęliśmy po prostu nieprzygotowani.

Trudno byłoby w prosty sposób stawić czoła kolejnym falom, ponieważ w szpitalach np. masowo brakowało instalacji tlenowych, więc pozyskiwane respiratory i tak nie bardzo było gdzie podłączyć. Nie można

było więc leczyć chorych na COVID-19 gdzie indziej, jak tylko na zamykanych oddziałach specjalistycznych, bo tam była potrzebna infrastruktura. Jednocześnie nie miał kto pracować na nowych oddziałach covidowych, więc siłą rzeczy ograniczano obsadę na innych oddziałach lub je wręcz zamykano. Dramatycznym skutkiem pandemii była liczba zgonów ponadwymiarowych, znacznie wyższa niż wynikająca wyłącznie z zakażenia koronawirusem. Do tego dochodziły zamknięte praktyki podstawowej opieki zdrowotnej, dysfunkcja systemu ratownictwa medycznego, początkowy niedobór laboratoriów identyfikujących wirusa.

Wydawałoby się, że pandemia uświadomiła wszystkim, że opieka musi być utrzymywana na takim poziomie, aby zapewnić krajowi bezpieczeństwo zdrowotne. Że wymaga odpowiednich nakładów, odpowiedniej liczby pracujących, odpowiedniej infrastruktury i wyposażenia, których nie jesteśmy w stanie stworzyć w ciągu tygodni czy miesięcy. Że wymaga to ciągłej, wieloletniej pracy i odpowiednich nakładów publicznych. SARS-CoV-2 to nie ostatni wirus, który atakuje ludzkość. Pandemia się nie skończyła i nie wiadomo, kiedy się skończy, czy nie pojawi się kolejna,

w 2018 r. wyniosły one ponad 400 mld euro (nie złotych!), co stanowiło 11,9 proc. PKB. We Francji było to 11,26 proc., w Szwecji 10,90 proc. itd. Może trzeba sobie uświadomić ten fakt, aby zacząć planować przyszłość?

### Smutne wnioski

„Wierzę w Amerykę” – to pierwsze słowa filmowej adaptacji „Ojca Chrzestnego” wypowiediane przez nomen omen przedsiębiorcę pogrzebowego Amerigo Bonasere. Chciałbym móc powiedzieć: „wierzę w Polskę”, odnosząc się do potrzebnych zmian w systemie opieki zdrowotnej. Jednak jest mi do tego bardzo daleko. Zarówno historia, jak i czas obecny wskazują, że klasa polityczna nie ma pomysłu na opiekę zdrowotną i nie jest ona dla niej w żaden sposób priorytetem. Dla jednych jest nim armia i reforma sądownictwa, dla drugich utrzymywanie status quo, dla trzecich prawa mniejszości seksualnych, dla czwartych ochrona interesów rolników, dla piątych wolność gospodarcza, i tak w nieskończoność. Jednocześnie wzajemna nienawiść pomiędzy plemionami nie rokuje uzyskania jakiegось konsensusu dotyczącego problemów systemu. Także w obrębie środowiska medycznego nie wszyscy są chętni do reformowania, bo

”Rządzący kombinują, jak pod przykrywką dobra ochrony zdrowia ściągnąć więcej pieniędzy do budżetu na inne cele. Opozycja zajmuje się tym, jak dołożyć rządzącym ”

znacznie bardziej zjadliwa mutacja. A jeżeli pandemia się zakończy, to za 10–20–100 lat może się pojawić kolejne zagrożenie.

Ale nic z tych rzeczy. Rządzący kombinują, jak pod przykrywką dobra systemu opieki zdrowotnej ściągnąć więcej pieniędzy do budżetu na inne cele. Opozycja zajmuje się tym, jak dołożyć rządzącym, podnosząc nie temat problemów opieki medycznej, ale grupy migrantów podsyłanych na polską granicę przez reżim Łukaszenki. Szczerze mówiąc, wołałbym usłyszeć od ministra zdrowia w opozycyjnym gabinecie cieni (czy jest ktoś taki?), jak opozycja widzi rozwiązanie problemu deficytu finansów i ludzi, niż oglądać posła Sterczewskiego biegającego z torbą po łące. Pracownicy systemu w przeddzień kolejnej fali zakażeń budują z desperacji kolejne „białe miasteczko”, bo nic innego im już chyba nie pozostało.

Swoją drogą, ich postulaty przeznaczenia dodatkowych 100 mld zł na zdrowie rocznie, o czym wstrząśnięty donosił minister Niedzielski, wcale nie są takie nierealne, bo oznaczałyby obecnie przeznaczenie nieco ponad 10 proc. PKB na opiekę medyczną z wydatków publicznych. Dla porównania, w Niemczech już

przynajmniej dla niektórych wiązałoby się to z ponoszeniem kosztów bądź utratą przywilejów. Tymczasem ucieka nam czas. Nie wiem, czy da się załatać lukę pokoleniową wśród lekarzy i pielęgniarek, aby w ciągu następnych kilkunastu lat sytuacja jeszcze bardziej się nie pogorszyła. Na pewno nie rozwiąże jej ściągnięcie profesjonalistów medycznych ze Wschodu, choć może złagodzi to chwilowo lokalne braki. Zresztą prawdopodobnie duża część spośród nich, jeżeli nie wzrosną wynagrodzenia, uznałaby Polskę za etap przejściowy.

Czas na radykalne rozwiązania, za które społeczeństwo będzie musiało zapłacić. Rząd nie ma swoich pieniędzy, co podkreślają liberałowie. Jeżeli więc będzie musiał przeznaczyć na opiekę zdrowotną w przewidywalnym czasie dwa razy więcej funduszy, będziemy musieli płacić dwa razy więcej. Także pracujący w systemie będą musieli zrozumieć, że poprawa będzie się wiązać prawdopodobnie z inną organizacją pracy. Nie mam słów, które chciałbym skierować do polityków rządzących i opozycyjnych – może pojawią się inni, świadomi powagi sprawy. Dużo tego jest potrzebne, więc pewnie się nie uda...

Maciej Biardzki, lekarz, publicysta, były menedżer opieki zdrowotnej