

# PRZEGLĄD PROGRAMÓW PARTII POLITYCZNYCH



Żyjemy w ciekawych czasach – jak w chińskim przekleństwie. Pandemia COVID-19 i wojna w Ukrainie to problemy zewnętrzne, a przecież są też wewnętrzne, choćby inflacja, która szybko „przeżera” nasz kilkuletni wzrost gospodarczy. W tych warunkach całkiem niedługo wybierzemy władzę na następną kadencję. Co wpłynie na nasze wybory i czy będzie to miało jakikolwiek związek z podejściem ugrupowań politycznych do szeroko rozumianej polityki zdrowotnej?

**MACIEJ BIARDZKI**

**OKAZAŁO SIĘ, ŻE WSZYSTKIE MANEWRY**

**PRZY SKŁADCE ZDROWOTNEJ**

**NIE SŁUŻYŁY JEJ UPOWSZECHNIENIU,**

**ALE PRZEDE WSZYSTKIM**

**WYŁĄCZENIU JEJ ODLICZENIA**

**OD PODSTAWY OPODATKOWANIA**

Teoretycznie do wyborów parlamentarnych jeszcze półtora roku. Są spekulacje, że wobec burzliwych zdarzeń zewnętrznych i konfliktów wewnątrz rządzącego ugrupowania może do nich dojść znacznie wcześniej. To, że wybory mogą się odbywać mimo wojen na kontynencie europejskim, pokazuje chociażby przykład Francji, więc także my powinniśmy się do nich przygotować. Dobrze byłoby, gdybyśmy podejmowali decyzje świadomie, głosząc „za”, a nie „przeciw”, co powoli staje się podstawowym mechanizmem dla wielu wyborców, zresztą nie tylko w Polsce.

Ostatnio dość trudno w naszym kraju dokonywać racjonalnych wyborów, gdyż wojna stronnictw osiągnęła taki poziom, że próba racjonalnej dyskusji na jakikolwiek temat najczęściej kończy się jazgotem. Nie ma miejsca na obiektywne racje, ponieważ najważniejsze jest to, kto przedstawia dane stanowisko. Jeżeli „nasz”, to jest ono słuszne, jeżeli „nie nasz”, to nie da się go zaakceptować. Dobrze, jeżeli jest ono tylko odrzucane, bo najczęściej spotyka się z totalną krytyką i często wylaniem pomyj przez stronę przeciwną. Jeszcze trudniej być tzw. symetrystą, niezwiązanym ani z jedną, ani z drugą stroną, bo wtedy ryzyko dostania po głowie od obu rośnie w sposób znaczący. Ale spróbujmy...

Prawdopodobnie kwestia podejścia do systemu opieki zdrowotnej w najbliższych wyborach nie będzie decydująca dla decyzji podejmowanych przy urnie, bo zostaną one zdominowane przez politykę zewnętrzną związaną z konfliktem zbrojnym Ukrainy z Rosją (jeżeli nie dojdzie do jego rozszerzenia) oraz problemami gospodarczymi, które ten konflikt wywoła: inflacją, spadkiem wzrostu gospodarczego, niewykluczonym wzrostem bezrobocia, napięciami wynikającymi z obecności uchodźców z Ukrainy. Niewielu z nas pewnie powiąże to z dwuletnim szokiem gospodarczym spowodowanym pandemią COVID-19. Oczywiście, jeżeli nie dojdzie do kolejnej fali, której dziś nie jesteśmy w stanie wykluczyć, a która z kolei pogłębiłaby wszystkie problemy wskazane powyżej.

Ponieważ jednak adresuję ten artykuł do osób związanych z systemem opieki zdrowotnej, spróbujmy razem spojrzeć na to, co oferują nam potencjalni kandydaci

do objęcia władzy w Polsce w kolejnych latach. I nie w ramach polityki zagranicznej, zakupów uzbrojenia, nie w ramach transferów socjalnych czy „obrony praworządności”. Spójrzmy, co oferują systemowi opieki zdrowotnej.

Artykuł ma tę słabość, że nie ogłoszono jeszcze kampanii wyborczej, więc nie ma jeszcze programów wyborczych poszczególnych ugrupowań. Oparłem się zatem na programach wyborczych z roku 2019.

## Co nam obiecało PiS

Przy ocenie rzetelności obecnie rządzących w stosunku do systemu opieki zdrowotnej musimy uwzględnić kilka aspektów. Pierwszy to realizacja podstawowych założeń programu wyborczego z 2019 r. Drugi – zachowanie w tak dramatycznych okolicznościach, jak wybuch pandemii COVID-19, reakcja na pandemię i dobór środków do walki z nią. Trzeci to postępowanie niezwiązane z programem wyborczym i pandemią, a realizowane w trakcie obecnej kadencji. Spróbujmy jednak połączyć wszystkie te elementy przy ocenie realizacji programu PiS na wybory parlamentarne w roku 2019.

W programie tym kwestia zdrowia była postawiona dość mocno i to w początkowych jego punktach. Ale przeanalizujmy po kolei, co z niej zrealizowano (punkt 2.3 programu – „Zdrowie”). Plus oznacza realizację, minus jej brak (według autora analizy).

### 1. Długie i zdrowe życie Polaków

Opis tego punktu był dość niejasny i stanowił raczej inwokację do przedstawienia celów szczegółowych. Nieszczęśliwie dla autorów w związku z pandemią COVID-19 w ciągu ostatnich trzech lat nastąpiło skrócenie życia Polaków i pojawienie się tzw. długu zdrowotnego.

### 2. Usprawnienie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia

I znowu – były okrągłe słowa odwołujące się do Konstytucji RP i niezbywalnego prawa obywatela do ochrony zdrowia, które jak przez wiele lat jest prawem iluzorycznym. Było to wyłącznie werbalne wsparcie publicznej ochrony zdrowia, nie popłynęły za nim żadne istotne działania, które byłyby widoczne po trzech latach. I nie wszystko można zrzucić na pandemię.

### 3. Wzrost nakładów na ochronę zdrowia

Zapowiedziano wzrost nakładów do wysokości co najmniej 6 proc. PKB w roku 2024, wskazując poziom rocznych wydatków ok. 160 mld zł. I tu znowu jest problem: czy ten wzrost jest związany z konkretnymi działaniami na rzecz systemu ochrony zdrowia, czy jest pochodną ogólnej polityki gospodarczej rządu?

Otóż prawdą jest, że w latach 2016–2020 notowaliśmy znaczny wzrost gospodarczy, a polityka rządu ukierunkowana na wzrost wynagrodzeń powodowała wzrost ściągalności składki zdrowotnej od osób opłacających

składkę na zasadach ogólnych. W związku z powyższym, ponieważ wynagrodzenia zaczęły stanowić coraz większą część PKB, to i udział nakładów na ochronę zdrowia jako pochodna wynagrodzeń zaczął rosnąć. Nie sposób jednak zapomnieć o kilku niewygodnych faktach. Pierwszym było „ustawienie licznika” kalkulującego nakłady w stosunku do PKB nie na rok bieżący, ale na rok „bieżący – 2”, co powodowało fałszywe zawyżenie prezentowanego wskaźnika. Szybko zostało to wychwycone i potraktowane – zresztą zupełnie słusznie – jako nikomu niepotrzebne szachrajstwo. W efekcie, bierne, bo bierne, ale jednak zwiększenie nakładów nie zostało docenione tak, jak chcieliby rządzący.

Jednocześnie przynajmniej do 2022 r. nie zrobiono nic, aby upowszechnić ściągalskość składki zdrowotnej, co mogło mieć ewidentny wpływ na wzrost nakładów. Nie obciążono nią solidarnie pracodawców (co jest normą praktycznie we wszystkich krajach Unii Europejskiej), nie wprowadzono zasad powszechnych dla samozatrudnionych ani dla rolników. Wydawało się, że pierwszym krokiem ku temu miały być zmiany wprowadzane w ramach Polskiego Ładu, które nakładały zasady powszechne na osoby samozatrudnione. Ale i tu okazało się, że to figa z makiem, a nie celowany wzrost nakładów. Raz, że zasady te po raz kolejny nie wciągały w solidarną opłatę składki pracodawców, dwa, że omijały szerokim łukiem hołubionych przez władzę rolników. Po trzecie i najważniejsze okazało się, że wszystkie manewry przy składce zdrowotnej nie służyły jej upowszechnieniu, ale przede wszystkim wyłączeniu jej odliczenia od podstawy opodatkowania. Pod hasłem zwiększenia nakładów na opiekę zdrowotną dokreślono wielu Polakom śrubę podatkową. Kiedy stało się to jawne, władze zaczęły „poprawiać” nowe zasady, obniżając składkę zdrowotną dla samozatrudnionych na różne sposoby, co w zasadzie powodowało, że system opieki zdrowotnej coraz mniej zyskiwał na zmianie, a fiskus pozostawał ze swoją wygraną.

Efekt „nieostatecznym” Polskiego Ładu i jego wpływu na finansowanie systemu jest zmiana Planu Finansowego NFZ na rok 2022 z 16 marca 2022 r., która podwyższała przychody NFZ o 9,121 mld zł, co stanowiło ok. 8,48 proc. Łącznie przychody NFZ po zmianie miałyby wynosić 116,714 mld zł. To sporo, ale jakże daleko do 160 mld zł zakładanych na 2024 r. w programie PiS z 2019 r. Ponadto wzrost o niespełna 8,5 proc. przedstawia się wzrostem w sytuacji, kiedy inflacja przekroczyła 10 proc.

Wydaje się więc, że kwestia wzrostu nakładów na system opieki zdrowotnej także nie do końca wyszła rzą-

dzającym tak, jak to głosili w swoim programie. Zwłaszcza zaś uznanie tych nakładów za priorytet brzmi nieco fałszywie.

#### 4. Wyższe nakłady, wyższa jakość

Zwrócono uwagę na potrzebę stworzenia mechanizmów podnoszących jakość w ochronie zdrowia, a zwłaszcza bezpieczeństwo pacjentów. Cóż, trzy lata gadano na ten temat, a w trakcie ostatniej konferencji poświęconej temu problemowi minister Adam Niedzielski stwierdził, że zrobi wszystko, aby ustawa o jakości powstała do końca roku, ale np. kwestia zasady *no fault*, w zasadzie kardynalnej, raczej nie przejdzie z uwagi na brak zgody w rządzie. Konstatacja przerażająca, bo oznacza, że osobiste fobie niektórych osób w rządzie zablokują rozwiązania przyjęte w krajach, w których kwestia bezpieczeństwa udzielania świadczeń zdrowotnych jest traktowana nie jako hasło, ale jako rzeczywisty problem.

#### 5. Poprawa sytuacji pracowników systemu ochrony zdrowia

Rządzący zwracali uwagę na potrzebę kształcenia medyków i chwalili się zwiększeniem liczby przygotowujących się do zawodu. To prawda – zwiększenie następuje, ale można by powiedzieć: za mało, za późno i bez perspektyw dla nowo wykształconych. Kolejne oddziały szpitalne są zamykane z uwagi na braki personelu i nie ma żadnych oznak, że proces ten będzie wygasł. Przyczyn jest wiele – brak rzeczywistej sieci świadczeniodawców dostosowanej do posiadanego potencjału i do potrzeb zdrowotnych wynikających z map potrzeb zdrowotnych, brak reorganizacji funkcjonowania szpitali, np. według propozycji Polskiej Federacji Szpitali, z ograniczeniem liczby lekarzy dyżurnych. Przede wszystkim jednak całkowita kapitulacja w kwestii reorganizacji feudalnej, ordynatorskiej struktury zarządzania oddziałami, która powoduje frustrację młodych lekarzy oraz ich odchodzenie z systemu publicznego, a często emigrację.

Poprawa warunków płacy w ochronie zdrowia jest bombą z opóźnionym zapłonem. Dotychczasowy dopalacz, którym były dodatki covidowe, właśnie został wygaszony, a wzrost nakładów na system, jak pisano wyżej, nawet mimo zwiększenia opodatkowania niektórych płatników jest niższy niż inflacja, co oznacza, że wynagrodzenia w systemie po raz kolejny ulegną względnemu obniżeniu. Czyli i tu sukcesu nie ma i nie będzie.

Opisywana w tym punkcie kwestia systemu pożyczek studenckich jest ciągle wyłącznie dyskutowana, a utworzenia stanowiska asystenta medycznego jako odręb-

**ZA SUKCES W ROZSZERZANIU PROFILAKTYKI**

**MOŻNA BY UZNAĆ PROGRAM**

**PROFILAKTYKA 40+, GDYBY NIE TEN PROBLEM,**

**ŻE WIĘKSZOŚĆ POLAKÓW**

**NIE MA POJĘCIA O JEGO ISTNIENIU**



**W PROGRAMACH PRAKTYCZNIE**

**WSZYSTKICH PARTII JEST WIELE**

**PROPOZYCJI ZBIĘŻNYCH. GDYBY TYLKO**

**ZECHCIAŁY ZGODZIĆ SIĘ**

**W SAMYCH PUNKTACH WSPÓLNYCH...**

nego zawodu nie chciałbym nawet komentować, gdyż tam gdzie je tworzone na podstawie zarządzenia prezesa NFZ, najczęściej była to czysta fikcja – tworzenie zakresu obowiązków dla osób wcześniej zatrudnionych w celu uzyskania finansowania ich pracy z NFZ.

## 6. Poprawa dostępności świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów

— Miało to oznaczać rozwój opieki koordynowanej, zwiększenie dostępności badań specjalistycznych na poziomie POZ, które jednak nie nastąpiło. Nie pojawiły się też powszechnie kolejne programy typu KOS-zawał, nie poszerzono panelu badań w kompetencji lekarza POZ. Nie było żadnych finansowych zachęt do udzielania świadczeń poza godzinami objętymi dotychczasowymi umowami. Można tutaj pominąć dywagacje ministra Niedzielskiego z okresu pandemii, który nakazywał osobiste przyjmowanie pacjentów z COVID-19 w wieku powyżej 65 lat, a nakładając wymogi czasowe, sugerował takie rozwiązanie, ale bez żadnych propozycji premii finansowych. Zresztą realizacja tego punktu mogłaby być i tak niemożliwa z powodu braku potencjału ludzkiego do wykonywania dodatkowych zadań, podobnie jak stało się z kolejną deklaracją zniesienia limitów na świadczenia ambulatoryjne. Nie dało to oczekiwanych efektów z prostego powodu – niemożności udzielania dodatkowych świadczeń wobec fizycznego braku lekarzy, którzy mogliby je realizować.

## 7. Upowszechnienie teleporad

— Rozwiązanie jak najbardziej potrzebne stało się kluczowe w czasie pandemii, nie tylko w POZ. Z uwagi na nadużywanie teleporad, choć przyczyny do końca nie zdiagnozowano, dla przypodobania się opinii publicznej poddano je masowej krytyce i zaczęto finansowo karać podmioty wykonujące je powyżej ustalonego administracyjnie wskaźnika. Nakazano nawet przyjmować osobiście określone grupy osób, np. zakażone SARS-CoV-2 powyżej 60. roku życia, niezależnie od ciężkości zakażenia. Wkrótce potem, chcąc zdjąć ze szpitali obowiązek tworzenia punktów nocnej opieki zdrowotnej narzucono przy konstruowaniu sieci szpitali, za-

często jednak wprowadzać możliwość uzyskiwania teleporad w godzinach nocnych. Gdzie konsekwencja, gdzie logika?

## 8. Intensyfikacja opieki nad osobami starszymi i niesamodzielnymi

— Nie zrobiono w zasadzie nic. Podobnie jak w następnych punktach – poprawa działalności SOR, powstanie zespołów leczenia bólu w szpitalach dziecięcych czy radykalna poprawa opieki nad kobietami w ciąży.

## 9. Opieka kardiologiczna i onkologiczna

— Trzeba przyznać, że sporo dzieje się w zakresie objętej priorytetem opieki kardiologicznej i onkologicznej, ale są to głównie rzeczy deklaratywne. Po wprowadzeniu programu KOS-zawał (jeszcze przed 2019 r.) nie udało się stworzyć powszechnych kolejnych programów opieki koordynowanej w kardiologii. Powstała Krajowa Sieć Onkologiczna, ale efekt jej utworzenia jest krytykowany przez wielu zainteresowanych. Podobnie do tej pory ślimaczą się prace nad obiecany programem leczenia chorób rzadkich.

## 10. Inne

— Nic nie słychać o samowystarczalności w zakresie leków osoczo pochodnych czy sukcesach w walce z mafiami lekowymi. O skali sukcesów w psychiatrii środowiskowej świadczy rezygnacja Marka Balińskiego. Za sukces w rozszerzaniu profilaktyki można by uznać program Profilaktyka 40+, gdyby nie ten problem, że większość Polaków nie ma pojęcia o jego istnieniu.

Mieszane uczucia wywołuje fragment programu odnoszący się do dostępności badań klinicznych i powołania Agencji Badań Klinicznych. Jej utworzenie niezależnie od instytucji finansujących badania naukowe ze środków publicznych oraz finansowanie z pieniędzy odebranych NFZ jest moim zdaniem nieakceptowalne, ale pozostawiam to ocenie czytelników.

## 11. Postęp usług e-medycyny

— Jakaś laurka jednak się rządzącym należy i jest nią postęp usług e-medycyny. Postęp może być niewystarczający, ale i tak przeorał cały system opieki zdrowotnej. Chyba nikt w tej chwili nie kwestionuje sukcesu e-ZLA, e-ZWM, e-recepty czy e-skierowania. Również ocena narzędzi stworzonych przez NFZ (takich jak terminyleczenia.nfz.gov.pl) czy komercyjnych (takich jak gdziepolek.pl), które ułatwiają życie zarówno pacjentom, jak i lekarzom, musi być pozytywna. Zresztą, jeżeli chodzi o te narzędzia, to nie musimy się wstydzić w całej Europie, choć oczywiście należy je stale poprawiać, np. e-recepty objąć lepszą walidacją w czasie rzeczywistym, aby wykluczyć konflikty między lekarzami a farmaceutami, których ofiarą są pacjenci.

**KOALICJA OBYWATELSKA PROPONOWAŁA**

**UTWORZENIE STANOWISKA KOORDYNATORA**

**LECZENIA NA POZIOMIE POZ. I TO JEST PUNKT**

**WSPÓLNY Z PROGRAMEM PiS**

### Podsumowanie obietnic – realizacja z pandemią w tle

Tyle o programie wyborczym PiS, który – powiedzmy sobie jasno – nie został zrealizowany. W większości punktów próbowano coś tam przeprowadzić, ale efekty, poza e-zdrowiem, były albo mierne, albo po prostu pozorne.

Jak już napisałem, nie sposób odnosić się wyłącznie do programu wyborczego i stopnia jego realizacji, gdyż działanie rządu odbywało się w ekstremalnie trudnych okolicznościach walki z pandemią COVID-19. Rząd PiS rozpoczął swoją kolejną kadencję w październiku 2019 r. i już 5 miesięcy później musiał się zmierzyć z pandemią. Czy dobrze sobie z tym poradził, to inne pytanie. Warto jednak uprzytomnić sobie, że wszystkie podejmowane wtedy decyzje, nie tylko w Polsce, ale na całym świecie, odbywały się w warunkach bezwzględnej niepewności co do ich słuszności. Dlatego nie powinno się nikomu czynić zarzutów w związku z próbami zakupu niezbędnego sprzętu i materiałów ochrony osobistej, decyzjami dotyczącymi lockdownów czy określoną organizacją ochrony zdrowia w okresie pandemii. Akapit ten adresuję do wielbicieli współczesnych Holmesów i Watsonów w postaci posłów Jońskiego i Szczerby robiących sobie klikalność na ściganiu „klientów handlarza bronią”.

W tamtym czasie wszyscy patrzyli na siebie nawzajem i uczyli się od siebie. Odrębną sprawą jest to, czy rekomendacje wynikające z wypraw zespołu z WIM były przez kogokolwiek wysłuchiwane i wprowadzane. Z wypowiedzi gen. Gielera wynika, że niestety nie do końca.

Także ocena śmiertelności ponadwymiarowej w okresie pandemii nie może być jednostronnie odnoszona do decyzji podejmowanych w tym czasie. Jej wysokość jest związana nie tylko z bardziej czy mniej błędnymi działaniami w trakcie samej pandemii, ale przede wszystkim z potencjałem systemu opieki zdrowotnej w okresie przedpandemicznym, który równo obciąża wszystkich rządzących w Polsce – teraz i poprzednio. Tę ocenę należy pozostawić na czas późniejszy.

### Aktualne błędy

Moja negatywna ocena dotyczy jednak okresu zupełnie ostatniego. Rezygnacja Rady Medycznej przy

premierze doprowadziła do znacznego przyspieszenia znoszenia obostrzeń związanych ze zwalczaniem pandemii. Faktem jest, że dominacja wariantu omikron spowodowała istotne zmniejszenie liczby przypadków postaci płucnych choroby i konieczności hospitalizacji, więc nie było potrzeby utrzymywania rezerwowej bazy oddziałów covidowych w celu zwalczania pandemii. Jednak zniesienie wszystkich obostrzeń, likwidacja punktów testowania populacyjnego i zrzucenie całkowitej kontroli nad liczbą zakażeń na barki POZ wydaje się dość ryzykowną strategią. Już w trakcie ostatnich dwóch tygodni kwietnia znalazło to odbicie w liczbie zakażeń. Wypada mieć nadzieję, że wiosna wygasi zakażenia, a wirus nadal będzie łagodniał. Niemniej radykalna zmiana strategii walki z COVID-19 wydaje się nader ryzykowna.

Niewykluczone, że zmiana strategii jest związana z kolejnym zagrożeniem – wojną za naszą wschodnią granicą. Tyle że nie przyjęto jasnych założeń dotyczących zagrożeń wynikających z obecności uchodźców z Ukrainy. Umożliwiono podjęcie opieki nad nimi, choć do chwili pisania artykułu nie rozwiązano wszystkich kwestii, np. refundacji leków. Nie przygotowano się na problemy epidemiologiczne mogące być następstwem tak masowej migracji, na możliwość masowego napływu osób rannych bądź będących ofiarami broni masowego rażenia. Nie jesteśmy też gotowi na potencjalne rozszerzenie się konfliktu na Polskę i jego następstwa (tutaj napiszę: Boże, uchowaj). Jak od początku pandemii do pierwszego zachorowania w Polsce, tak i teraz od pierwszego dnia agresji na Ukrainę – chowamy głowę w piasek.

Dość się dostało rządzącym za ich politykę zdrowotną – przyjrzyjmy się zatem aspirującym do ich zastąpienia.

### Kandydaci do zastąpienia rządzących

Oceniając ugrupowania opozycyjne, nie należy nadmiernie krytycznie oceniać ich programów wyborczych z 2019 r. Jest oczywiste, że nie mogły ich realizować, więc nie ma ich z czego rozliczać. Ciekawe jest jednak, co wówczas proponowały, aby poprawić sytuację systemu opieki zdrowotnej. Czy było to coś więcej niż wszechobecny anty-PiS? Coś, co pozwoliłoby z większym zaufaniem spojrzeć na ich propozycje? Miały wielkie możliwości – wszak oceniały nie tylko realizację programu wyborczego rządzących, lecz także potrzeby zdrowotne społeczeństwa w trakcie zarówno poprzedniej, jak i tej kadencji, choć nie wiedziały jeszcze o nadchodzącej pandemii ani o rozpętanej przez Putina wojnie i jej skutkach.

### Koalicja Obywatelska


Koalicja Obywatelska, jak dumnie nazwali się na potrzeby kampanii wyborczej 2019 r., to po prostu Platforma Obywatelska z kilkoma drobnymi ugrupowaniami, bo szerszej listy nie udało się stworzyć.

Przed oceną programu KO (PO) muszę wspomnieć o dość ważnym szczególe. Twarzami polityki zdrowot-


nej PO byli Ewa Kopacz i Bartosz Arłukowicz, którzy jednak w 2019 r. znaleźli się na listach wyborczych do Parlamentu Europejskiego i po sukcesie łączonej listy zostali europosłami. Na polu krajowym zabrakło liderów, którzy mogliby przedstawiać program wyborczy, podpierając się znaczącym autorytetem.

W programie ówczesnej KO znalazło się kilka punktów, które warto przypomnieć, ponieważ wskazują one na brak wizji korzystnych zmian systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Były punkty wspólne z programem PiS, były także własne pomysły. Niestety, w większości raczej hasła niż program, który powinien co do zasady wskazywać, jakimi narzędziami się go wykona. Znak zapytania oznacza, że autor wątpi w sens propozycji, wykrzyknik – że widzi potencjał.

### 1. Maksymalnie 21-dniowy termin oczekiwania na przyjęcie przez specjalistę


 Pierwszym punktem programu zdrowotnego KO (PO) było ustalenie maksymalnie 21-dniowego terminu oczekiwania na przyjęcie przez specjalistę. Miało się to odbyć poprzez ograniczenie biurokracji, która ponoć zabiera lekarzowi 80 proc. czasu pracy, powołanie asystentów lekarzy (zbieżność z programem PiS) i „doinwestowanie przychodni szpitalnych poprzez zlikwidowanie absurdów w NFZ” (sic!). Ocenę populizmu tej propozycji zostawiam czytelnikom. Od dłuższego czasu mamy zdjęte limity w poradniach specjalistycznych i dostępność się radykalnie nie zwiększyła z powodu zwyczajnego braku potencjału ludzkiego.

### 2. Doprowadzenie do przyjęcia pacjenta na SOR w godzinę


 Następny punkt był jeszcze lepszy – obiecywano doprowadzenie do przyjęcia pacjenta na SOR w godzinę. Podobnie jak we wcześniejszym punkcie ocena przyczyn oczekiwania na przyjęcie i proponowane działania naprawcze wyglądają, jakby były przedyskutowane „u cioci na imieninach”. Nie zauważając instytucji nocnej pomocy zdrowotnej (niezależnie od jej sprawności), twierdzono, że większość pacjentów może przyjąć POZ, który ma „wznović” realizację dyżurów nocnych i świątecznych. Trudno jest wznović coś, czego się nie prowadziło. Prawdopodobnie autorom chodziło o odejście od zasady, którą wprowadzono za ministra Radziwiłła, że nocną pomoc zdrowotną prowadzą szpitale w ramach sieci. W następstwie archimedeeskiego rozwiązania proponowanego przez au-

torów wszyscy pacjenci mieliby być w ciągu godziny przyjęci i obsłużeni na SOR. Znowu pytanie o populizm.


### 3. Polityka lekowa

 Z trzeciego punktu nie będę się natrząsał, bo akurat był ważny i niedostrzegany przez wiele innych ugrupowań. Dotyczył polityki lekowej – utrzymywania rezerw strategicznych i dokonywania w razie potrzeby zakupów interwencyjnych. O tym, jak bardzo ten temat nie był wcześniej doceniany, świadczy doraźne, gorączkowe kupowanie środków ochrony osobistej czy respiratorów już pół roku później, po uderzeniu SARS-CoV-2. To, że nie jesteśmy systemowo przygotowani na zdarzenia kryzysowe, było i chyba nadal jest faktem. Taki punkt powinien się znaleźć w programach wszystkich ugrupowań na najbliższe wybory.

### 4. Bezpłatne badania profilaktyczne

 Kolejnym punktem programu wyborczego było zapewnienie Polakom bezpłatnych badań profilaktycznych. Nad nim także należy się pochylić, choć z pewną dozą krytycyzmu. Propozycja wykonywania badań profilaktycznych pojawiła się w formie programu Profilaktyka 40+, który do pewnego stopnia okazał się klapą, głównie na skutek braku odpowiedniej polityki informacyjnej. Podobnie w zasadzie wegetuje cykliczny, wykonywany co 5 lat, więc zgodnie z postulatami KO (PO), program profilaktyki chorób układu krążenia. Jest oczywiste, że powinniśmy rozwijać profilaktykę, a także wykonywać badania przesiewowe, zwłaszcza w grupach obciążonych ryzykiem. Zanim jednak zaproponują to politycy, zasady takich programów powinni opracować specjaliści, aby uzyskać z nich rzetelne korzyści zdrowotne, a nie przemielić zasoby finansowe i ludzkie bez uzyskania wartości dodanej. Zwłaszcza że w zakresie profilaktyki w programie KO (PO) pojawiały się tak szerokie grupy schorzeń, jak choroby kardiologiczne (choć istnieje program profilaktyki chorób układu krążenia), onkologiczne, ale też reumatologiczne czy problem zwyrodnień (stawowych?) i osteoporozy.

### 5. Zapewnienie szczepień ochronnych

 Niemal profetyczny okazał się postulat zapewnienia wszystkim Polakom, zwłaszcza dzieciom, szczepień ochronnych. KO (PO) zapowiedziało walkę z ruchami antyszczepionkowymi, do czego być może będzie miała okazję w przyszłości. Żeby

**POSTULATEM LEWICY BYŁO**  
**– BLISKIE PROGRAMOWI KO (PO)**  
**– SKRÓCENIE W CIĄGU 4 LAT**  
**KOLEJEK DO SPECJALISTÓW DO 30 DNI.**  
**NIE ZWRACANO UWAGI NA BRAK**  
**REALIZATORÓW TEJ ŚWIETNEJ PROPOZYCJI**



nie było nieporozumień – będę jej kibicował. Jednocześnie zapowiedziano, że miejsca w szkołach i przedszkolach powinny być dostępne wyłącznie dla osób zaszczepionych. Znowu – zgadzając się osobiście z postulatem – zastanawiam się, jak po eksperymencie ze szczepieniami przeciw COVID-19 i dość marnym wyszczepieniu pomimo początkowego olbrzymiego lęku przed chorobą KO (PO) ocenia szanse realizacji tego postulatu.

## 6. Wzmocnienie opieki onkologicznej

! Problem wzmocnienia opieki onkologicznej został już częściowo rozwiązany wcześniej, także w trakcie tej kadencji, choć przyjęte metody są krytykowane przez część lekarzy i organizacji pacjentów. Powstaje Krajowa Sieć Onkologiczna, powstają centra narządowe. Pewnie tempo jest niezadowolające, pewnie są błędy zarówno w koncepcjach, jak i wdrożeniach. Niemniej w onkologii jest ferment, o którym inne dziedziny mogą tylko pomarzyć. Jednak deklaracja, że KO (PO) doprowadzi w ciągu 7 lat do zrównania naszego poziomu wyleczalności chorób onkologicznych ze średnim poziomem europejskim przy obecnym deficycie potencjału ludzkiego i finansowego nie mogła być traktowana inaczej niż jak kolejna obietnica bez szans realizacji.

## 7. Koordynator leczenia na poziomie POZ

! KO (PO) zaproponowała utworzenie stanowiska koordynatora leczenia na poziomie POZ. I to jest punkt wspólny z PiS, który wprowadził to stanowisko do umów z POZ. Zasadniczo PiS sprawę schrzanił, gdyż funkcja ta w dużej mierze jest fikcyjna, o czym napisałem wcześniej. Chciałbym wierzyć, że gdyby u władzy była KO (PO), zrobiłaby to lepiej. Kto wie.

## 8. Pomoc medyczna w aptekach

! Podobnie jest z propozycją udzielania pomocy medycznej w aptekach. Sytuacja pandemii doprowadziła do pojawienia się kolejnych elementów opieki farmaceutycznej, choćby w postaci szczepień w aptekach czy populacyjnych punktów wykonywania testów na obecność SARS-CoV-2. Kiedyś nie do pomyślenia. Może teraz chociaż w tej sprawie oba ugrupowania zgodzą się ze sobą i wspólnie z samorządem farmaceutów umożliwią kolejne kroki? Cierpimy na brak kadr, wszystkie rozwiązania odciążające personel lekarski umożliwią udzielanie świadczeń potrzebującym.

## 9. Bezpłatne *in vitro*

! W programie znalazł się także postulat bezpłatnego dostępu do procedury *in vitro*, z czym oczywiście nie polemizuję wobec potrzeby zwiększenia liczby urodzeń w Polsce, ale przede wszystkim wobec osobistych tragedii wielu rodzin, które nie mogą doczekać się potomstwa.

## 10. Stypendia samorządowe

! Zapisano ponadto ciekawą propozycję stypendiów samorządowych dla studentów medycyny, które miałyby powiązać ich na przyszłość z prowincjonalnymi szpitalami. Pomysł jest inspirujący, mógłby pomóc w redystrybucji zasobów ludzkich w Polsce. Mam nadzieję, że w formie bardziej rozwiniętej pojawi się w programie na najbliższe wybory.

## Lewica

Na potrzeby wyborów w 2019 r. kilka lewicowych ugrupowań połączyło swoje siły. Lewica w swoim programie nie poświęciła zdrowiu dużo miejsca, ale były to postulaty z grubej rury.

### 1. Darmowe leki

! Zaproponowano, aby leki były darmowe dla dzieci, emerytów i rencistów, kobiet w ciąży i pacjentów po przeszczepach. Dla pozostałych pacjentów leki wydawane na receptę miałyby kosztować nie więcej niż 5 zł. Nie przedstawiono jednak nawet przybliżonych kosztów tego rozwiązania ani źródeł jego finansowania.

### 2. Skrócenie kolejek do specjalistów

! Drugim postulatem było – bliskie programowi KO (PO) – skrócenie w ciągu czterech lat kolejek do specjalistów do 30 dni. Podobnie jak KO (PO) nie zwracano uwagi na brak realizatorów tej świetnej propozycji. Uznano, że wszystko jest kwestią pieniędzy, i zobowiązano się do zwiększenia nakładów na zdrowie do 6,8 proc. PKB w 2022 r. (czyli obecnym) i 7,2 proc. PKB w 2024 r. Jakimi mechanizmami mielibyśmy uzyskać takie nakłady, taktownie nie poinformowano.

### 3. Zwiększenie liczby lekarzy

! Obiecano w ciągu 6 lat zwiększyć liczbę lekarzy w Polsce o 50 tys. Znowu – dobrze by było, ale ta obietnica była po prostu bezczelna. Same studia lekarskie trwają 6 lat, więc zwiększenie tej liczby nie byłoby możliwe bez sklonowania obecnych lekarzy bądź masowego porywania ich z innych krajów. Mimo wszystko dobrze, że kolejne ugrupowanie

FILUCI Z PSL NIE WSPOMNIELI ANI SŁOWEM

O JAKIMKOLWIEK UREALNIENIU

SKŁADKI ZDROWOTNEJ ODPROWADZANEJ

PRZEZ ICH MACIERZYSTY ELEKTORAT,

CZYLI PRZEZ ROLNIKÓW

**PIERWSZYM PUNKTEM PROGRAMU KO (PO)**

**BYŁO USTALENIE MAKSYMALNIE 21-DNIOWEGO**

**TERMINU OCZEKIWANIA NA PRZYJĘCIE**

**PRZEZ SPECJALISTĘ. OCENĘ POPULIZMU**


**TEJ PROPOZYCJI ZOSTAWIAM CZYTELNIKOM**

zdaje sobie sprawę, że bez radykalnego zwiększenia potencjału ludzkiego, degradowanego przez dziesięciolecie, żadnej poprawy opieki zdrowotnej w Polsce nie będzie.


## **Koalicja Polska – Polskie Stronnictwo Ludowe**

Kolejna stara partia, która ukryła się pod nowym sztandarem, także proponowała wiele rozwiązań. Niektóre spośród nich są warte rozważenia, a nawet uznania, inne zaś to typowe partyjne obietnice.

### **1. Zwiększenie nakładów na opiekę zdrowotną**


 PSL w swoim programie zaczął z grubej rury, obiecując zwiększenie nakładów na opiekę zdrowotną z 4,9 proc. do 6,8 proc. PKB. Wskazał nawet źródło finansowania. Aby nie obciążać pracowników zwiększoną składką zdrowotną, zaproponował przesunięcie środków ze składki rentowej. Jednocześnie filuci nie wspomnieli ani słowem o jakimkolwiek urealnieniu składki zdrowotnej odprowadzanej przez ich macierzysty elektorat, czyli przez rolników, którzy płacą ją w wysokości całkowicie niedoszacowanej w stosunku do dotychczasowych nakładów na ich leczenie.

### **2. Darmowa lista**


 Dalej PSL proponował darmowe leki, szczepienia i opiekę dentystyczną dla dzieci. Pomijając fakt, że obowiązkowe szczepienia i opieka dentystyczna formalnie już teraz są dla dzieci darmowe, pomysłodawcy całkowicie nie widzą braku potencjału ludzkiego, aby zabezpieczyć opiekę dentystyczną w każdej gminie, a tym bardziej sołectwie.

Postulat jakże potrzebnego podniesienia wynagrodzeń pracowników medycznych, dostępu do najnowocześniejszych leków, rozwoju opieki medycznej nad seniorami, wprowadzenia standardu posiłków w szpitalach – wszystko potrzebne, ale znowu bez przedstawienia źródeł finansowania, zwłaszcza związanych z podatkowym obciążeniem rolników.


### **3. Stawiamy na krajową produkcję leków**

 W programie PSL były też sensowne propozycje, chociażby słabo podejmowane przez innych wsparcie krajowej produkcji leków. A przecież w sytuacji zaburzeń w tzw. globalnych łańcuchach dostaw niejednokrotnie dochodziło do braków określonych farmaceutyków na polskim rynku. Zjawiska te nasiliła pandemia. Taka potrzeba była podnoszona przez wielu ekspertów, np. Krzysztofa Łandę, który będąc wiceministrem zdrowia, nie potrafił przeforsować rozwiązań promujących polskich producentów leków, co samo w sobie jest dość zastanawiające. Ale to temat na inny artykuł.


### **4. Sprawca płaci za leczenie ofiary wypadku**

 Inną propozycją PSL był powrót do idei prof. Religi, aby za leczenie ofiar wypadków drogowych płacili ich sprawcy. Co prawda prof. Religa proponował, aby płacili wszyscy sprawcy ze swojej polisy, a PSL chciał płacenia bezpośredniego przez sprawcę, który spowodował wypadek pod wpływem alkoholu, ale jakiś powrót do zarzuconego pomysłu jednak był.

### **5. Program stypendialny**

 Podobnie jak inni PSL zauważał brak potencjału ludzkiego i proponował zwiększenie liczby osób kształconych oraz wprowadzenie programu stypendialnego dla studentów z biedniejszych i średnio zamożnych rodzin. Nie żebym był złośliwy, ale obawiam się, że mogłoby się skończyć przyznawaniem stypendiów jak w dawnym systemie dodatkowych punktów przy rekrutacji na studia za pochodzenie robotniczo-chłopskie.


### **6. Ograniczenie biurokracji**

 Na koniec swojego programu PSL wskazywał na konieczność ograniczenia biurokracji pętającej swobodę lekarzy w zakresie leczenia. Nie odmawiając słuszności co do zasad ogólnych, trudno zrozumieć, dlaczego jedynym konkretnym proponowanym rozwiązaniem było wprowadzenie dodatkowych narzędzi nadzorczych nad działaniami „regionalnych dyrektorów NFZ”. Zwalczajmy biurokrację biurokracją, wybijmy klin klinem.

## **Konfederacja**

Ostatnia partia obecnego parlamentu nie przedstawiła konkretnego programu zdrowotnego i... wcale się temu nie dziwię. Strojąc się w pióra libertarianizmu, nie można dawać konkretnych rozwiązań dla publicznego systemu. Przecież wszystko ma zorganizować rynek.

### **1. Bon zdrowotny**

 Dlatego w programie Konfederacji znalazła się jedynie pochodząca od Andrzeja Sośnierza koncepcja bonu zdrowotnego finansowanego z budżetu państwa, który miałby otrzymać każdy pacjent i wykorzystać go do sfinansowania swojego ubezpieczenia



**W TRAKCIE WYBORÓW****NIEMIELE OSÓB BĘDZIE SIĘ PRZEJMOWAĆ****SYSTEMEM OPIEKI ZDROWOTNEJ.****JAK ZWYKLE MOTOREM NASZYCH WYBORÓW****BĘDZIE TO, KTÓREGO UGRUPOWANIA****NIENAWIDZIMY BARDZIEJ**

w konkurujących ze sobą towarzystwach ubezpieczeniowych. O zasadach działania tych towarzystw, ich maksymalnych marżach, strukturze systemu i setkach innych elementów tworzących system budowany praktycznie od nowa Konfederacji nawet się nie zająknieli.

**Polska 2050**

Jest ugrupowanie, które powstało w międzyczasie. To zresztą już tradycja, że jeżeli nie idzie, to trzeba stworzyć nowe ugrupowanie, które przygarnie niezadowolonych z rządzących i z opozycji. PL 2050 nie jest pierwszym takim stronnictwem i pewnie nie ostatnim. Co jednak zaproponowało dla systemu opieki zdrowotnej?

**1. Kluczowa rola lekarza POZ**

! Dość ciekawa, a nawet rewolucyjna była ogólna propozycja, aby kluczową rolę w systemie odgrywał lekarz POZ, który byłby odpowiedzialny za pacjenta. Niestety, nie opisano bliżej zasad realizacji tej kluczowości.

**2. Niższa składka za regularną profilaktykę i inne pomysły**

! Kolejnym ciekawym pomysłem było uzależnienie wysokości składki zdrowotnej od regularnego wykonywania zalecanych bezpłatnych badań profilaktycznych. Interesujący był też postulat tworzenia na poziomie powiatów swoistych poliklinik, tzw. lokalnych domów zdrowia, łączących w sobie funkcje POZ, AOS i NiŚOZ – coś jakby odtworzenie w pewnym zakresie dawnych ZOZ umożliwiających holistyczną opiekę nad pacjentem, choć tylko ambulatoryjną.

Inne propozycje to wsparcie chorych przewlekłe przez zwiększenie liczby opiekunów medycznych i tradycyjnie... zwiększenie wynagrodzeń pracowników medycznych i zwiększenie nakładów na zdrowie. Jak zwykle bez wskazania źródeł finansowania.

**Podsumowanie, czyli trzy konkluzje**

Trochę przykro się czyta propozycje programów partyjnych z poprzednich wyborów, widząc, jak bardzo były

one ogólne i jak bardzo polegały na sprzedawaniu elektoratowi obietnic. Jak trudno je spełniać, pokazuje stopień ich realizacji przez obecnie rządzący PiS, i to niezależnie od problemów związanych z pandemią czy wojną na wschodzie.

Czytając programy wyborcze ugrupowań, można zaobserwować, że one w większości widzą, z jakimi problemami mierzy się polski system opieki zdrowotnej. Śmiałbym sądzić, że nawet wiedzą, jakie są podstawowe przyczyny tych problemów. Jednocześnie albo nie wiedzą, jak sobie z nimi radzić, albo nawet wiedząc, nie mają najmniejszej ochoty ich rozwiązywać, bo uważają, że uderzałoby to w ich własne elektoraty (dla PSL – rolnicy, dla KO – przedsiębiorcy itd.). Nie chcą narażać się swoim wyborcom, nie chcą promować trudnych rozwiązań związanych np. z podwyższonym oskładkowaniem, z ograniczeniem zawartości koszyka świadczeń gwarantowanych, z likwidacją niektórych miejsc udzielania świadczeń.

Ostatnio popularny w Polsce był dość słaby zresztą film o Edwardzie Gierku. Ten przywódca komunistyczny miał takie słynne hasło: „Aby Polska rosła w siłę, a ludziom żyło się dostatniej”. Był to przykład nic nieznaczącej nowomowy, w której obiecywano ludziom wszystko, aby w zasadzie niewiele albo nawet nic nie zrobić. Hasło to bardzo mi się kojarzy z większością propozycji wszystkich ugrupowań, które są kierowane do interesariuszy systemu opieki zdrowotnej. Gierek kiepsko skończył, co powinno być memento dla współczesnych polityków.

Na koniec trzy konkluzje.

Pierwsza – potencjalnie optymistyczna. W programach praktycznie wszystkich partii jest wiele propozycji zbieżnych. Gdyby tylko zechciały zgodzić się w samych punktach wspólnych, np. dotyczących zwiększenia nakładów i kształcenia pracowników, i ustaliłyby zasady działania w tym kierunku przez najbliższe 20 lat, to byłaby jakaś nadzieja. Nieprawdaż?

Druga – pesymistyczna. To nigdy się nie zdarzy. Polskie partie nie tworzą programów, aby szukać konwergencji z konkurentami. Choćby w czasie kampanii proponowały identyczne rozwiązania, po przegranych wyborach znajdą tysiące wytłumaczeń, że proponowały zgola co innego i zrobią wszystko, aby nie dopuścić do realizacji rozwiązań, które same zgłaszały wcześniej.

Trzecia – realistyczna. I tak w trakcie wyborów niewiele osób będzie się przejmować systemem opieki zdrowotnej. Tak samo jak w poprzednich cyklach wyborczych. Mało tego – nie będziemy przejmować się także wzrostem gospodarczym, bezrobociem, podatkami, stosunkami z Unią Europejską, pandemią. Ba, nawet wojną za wschodnią granicą. Jak zwykle motorem naszych wyborów będzie to, którego ugrupowania nienawidzimy bardziej. I przeciw niemu zagłosujemy, nie bacząc na to, czy ci, na których oddajemy głos, oferują nam coś bardziej korzystnego. Ale ostatnio to nie jest typowo polska cecha.

*Maciej Biardzki, lekarz, publicysta, były menedżer opieki zdrowotnej*