

Maciej Biardzki pisze list do Andrzeja Dudy



# Pytania do prezydenta elekta

Fot. PAP/Jacek Turczyk

Znamy już wyniki wyborów prezydenckich. Nie wiemy, które ze swoich obietnic spełni Andrzej Duda. Piórem naszego publicysty zwracamy się zatem do niego z pytaniem, jak zamierza zrealizować obietnice przedwyborcze. W liście do prezydenta pytamy również, czy chce wprowadzić jeszcze jakieś inne zmiany w ochronie zdrowia.

# Szanowny Panie Prezydencie!

Składam Panu szczerą, serdeczną gratulację w związku z wyborem na prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej. Wyrażam powszechną nadzieję, że Pana prezydentura, zgodnie z Pana własnymi słowami, będzie prezydenturą otwartą, wsłuchaną w głosy społeczeństwa. Ta nadzieja pozwala mi skreślić poniższe słowa.

Zdaję sobie sprawę, że prezydent Rzeczypospolitej Polskiej nie odpowiada za funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej, że jest to domeną rządu. Może Pan jednak, jako wybrany przez naród, wносить do parlamentu własne inicjatywy, które trudno będzie bez zbędnych dyskusji odrzucać. Był Pan kandydatem największej partii opozycyjnej, właśnie przygotowującej się do kolejnych wyborów, tym razem parlamentarnych, w których następstwie już za kilka miesięcy powstanie rząd na kolejne cztery lata. Z tych względów piszę do Pana z prośbą o głęboką refleksję nad systemem opieki zdrowotnej, sytuacją pracowników, a przede wszystkim korzystających z naszych usług – pacjentów.

## Kampania

Niestety w Pana kampanii niewiele było odniesień do sposobu sprawowania opieki zdrowotnej nad Polakami, podobnie zresztą jak w kampanii Pana konkurenta – urzędującego prezydenta RP. Mam smutne wrażenie, że krótkie komunikaty, jakie obydwaj Panowie wysyłaliście, świadczyły o tym, że problemy opieki zdrowotnej nie należały do tych dla Was najważniejszych. Nie wiem, czy było to związane z ich bagatelizowaniem, czy raczej brakiem recept na poprawę systemu.

W tych niewielu wystąpieniach poruszał Pan sprawy kolejek oczekujących do lekarzy, trudnej sytuacji pielęgniarek, potrzebę likwidacji Narodowego Funduszu Zdrowia. Konkurent po raz kolejny mówił o złym zarządzaniu i potrzebie podziału Funduszu na kilka mniejszych. Były to problemy i postulaty poruszane od lat, z którymi także od lat nikt się na poważnie nie zmierzył. Poruszali się Panowie bardziej w sferze haseł niż proponowanych rzeczywistych rozwiązań. Odnosząc się zatem po raz kolejny do Pana obietnicy otwartej prezydentury, proponuję rozważenie wymienionych poniżej spraw.

## Przyczyny i skutki

Jednym z podstawowych powodów tego, że do tej pory nie rozwiązaliśmy problemów systemu opieki zdrowotnej, jest brak właściwej diagnozy dotyczącej ich przyczyn. Dotychczas w sferach rządowych dominował pogląd, że głównym winowajcą jest zła organizacja systemu, który wymaga „uszczelniania”, wprowadzania kolejnych szczegółowych regulacji, w tym nieszczę-

nych pakietów. Kolejne rządy i kolejni ministrowie zdrowia od lat starali się udowodnić, że system można poprawić bez zwiększenia jego potencjału, argumentując, że wzrost składki zdrowotnej w latach 2006–2009 nie miał wpływu na poprawę funkcjonowania systemu.

Prawda jest jednak brutalna: nasz system działa w warunkach bezwzględnie i narastającego braku zasobów – ludzkich i finansowych. I to jest główną przyczyną jego złego funkcjonowania. Kolejek do lekarzy, niskich wynagrodzeń pielęgniarek, braku refundacji nowoczesnych leków. Już teraz widać, że brakuje profesjonalistów medycznych, a z roku na rok ten niedobór będzie coraz większy. Trzeba pamiętać, że braki te będą korelować z rosnącą liczbą zadań z powodu starzenia się społeczeństwa.

*Krótkie komunikaty, jakie obaj kandydaci wysyłali podczas kampanii, świadczyły o tym, że problemy opieki zdrowotnej nie należały do tych dla nich najważniejszych*

## Nakłady

Proszę spojrzeć i porównać, Panie Prezydencie, nakłady *per capita* na systemy opieki zdrowotnej w Polsce i innych krajach Unii Europejskiej. Czy tak dumny kraj, co często Pan podkreślał, stać na to, aby te nakłady były o tyle mniejsze niż nie tylko w Niemczech czy Francji, lecz także w Czechach i na Węgrzech? Proszę spojrzeć, o ile mniej pielęgniarek i lekarzy w przeliczeniu na 1000 mieszkańców pracuje w Polsce niż w wymienionych wyżej krajach.

Ponieważ do tej pory rządzący jako receptę na powyższe problemy stosowali coraz większą regulację systemu, coraz bardziej formalizując jego działanie, na profesjonalistów medycznych zaczęto przetrzucać coraz więcej obowiązków administracyjnych. Na dodatek zaczęto ich obarczać większą odpowiedzialnością za efekt ekonomiczny działalności szpitali i przychodni niż za efekty leczenia pacjentów. Łącząc te wszystkie informacje, otrzyma Pan odpowiedź, dlaczego mamy coraz mniej lekarzy i pielęgniarek oraz dlaczego coraz więcej z nich (zwłaszcza młodych) wyjeżdża z Polski do innych krajów UE, pogłębiając niedobór. Po prostu – tam mają relatywnie mniej pracy za zdecydowanie

lepsze wynagrodzenie. Nie da się zabrać im paszportów, nie da się posłać ich „w kamasze” – w kraju, który jest członkiem UE, musimy zaproponować im takie warunki pracy i płacy, by chcieli u nas pracować. Innej recepty nie ma.

### Gdzie szukać pieniędzy?

W warunkach skrajnego deficytu zasobów finansowych nasz system działa naprawdę dobrze. W rankingu Bloomburga oceniającego powiązanie czasu trwania życia z nakładami na system opieki zdrowotnej zajęliśmy niezłe miejsce na świecie – na początku trzeciej dziesiątki. Znaleźliśmy się przed Niemcami czy USA, ale za to np. za Libią czy Ekwadorem. Nie jest to jednak miarą jakości naszego systemu, ale najwyższej trwałości życia Polaków. W rankingu European Health Consumer Index oceniającym jakość opieki zdrowotnej jesteśmy na szarym końcu – za Albanią czy Macedonią. Jest kwestią wyboru władz państwowych, czy zdrowie obywateli i stan systemu opieki zdrowotnej będzie dla

*Jednym z podstawowych powodów tego, że do tej pory nie rozwiązaliśmy problemów systemu opieki zdrowotnej, jest brak właściwej diagnozy dotyczącej ich przyczyn*

nich priorytetem, czy będzie uznawany wyłącznie za obciążenie budżetu. Niestety przez ostatnie lata taka właśnie filozofia przyświecała rządzącym. Niezależnie od kosztów, jakie niosło zbyt późne leczenie, wydłużona absencja chorobowa, inwalidyzacja, koszty opieki społecznej itd.

Mamy, Panie Prezydencie, bardzo niesprawiedliwy sposób poboru składki zdrowotnej. W niemal wszystkich krajach UE składka zdrowotna opłacana jest wspólnie przez pracobiorcę i pracodawcę. W Polsce płacą tylko obywatele, w niektórych wypadkach państwo. Niech Pan nie wierzy, że obciążenie pracodawców częścią składki spowoduje pogorszenie warunków ich działalności, jak krzyczą niektórzy „eksperti”. Już teraz wielu pracodawców wykupuje dla pracowników tzw. abonamenty. Wiedzą oni, jaką wartością jest kapitał ludzki. Ile kosztuje absencja wykwalifikowanych pracowników czy wręcz ich nieodwracalna utrata. Oczywiście wolą płacić sprawnym prywatnym firmom niż łożyć na kiepski system publiczny. Jednak ta sytuacja nie jest rozsądną normą, ale kolejnym przykładem de-

wastowania źródeł finansowania systemu publicznego, jakże innym niż w cywilizowanych krajach UE, które chronią publiczne systemy. Zatem niech Pan rozważy stopniowe, narastające obciążenie składką także pracodawców, choćby zaczynając od 1 proc. wynagrodzeń. Już na początek będzie to oznaczało zwiększenie składek od osób pracujących o ponad 10 proc.

### Składka

Zupełnie niezrozumiałe jest, że składkę na tzw. warunkach ogólnych płacą w zasadzie tylko osoby zatrudnione na umowie o pracę oraz emeryci i renciści. Chociażby z powodu tych ostatnich dyskusje o prostym zwiększeniu składki zdrowotnej uważam za nieporozumienie. Obciążanie emerytów i rencistów zwiększeniem składki (chyba że odliczanej od podatku), skoro oni i tak już ponoszą największe koszty *out of pocket*, byłoby po prostu niemoralne. Tymczasem w kraju istnieją grupy osób, które w opłacaniu składki są uprzywilejowane. Osoby samozatrudnione płacą zryczałtowaną składkę w wysokości 9 proc. od 75 proc. średniego wynagrodzenia. W wypadku osób osiągających niskie przychody to haracz, w wypadku osób osiągających wyższe – wątpliwy przywilej. Osoby pracujące na umowie o dzieło nie płacą składki zdrowotnej w ogóle. Rolnicy – 1 zł od hektara, przy czym i tak większą część należnej składki od tej grupy zawodowej opłaca budżet państwa z podatków zbieranych od innych podatników. Za bezrobotnych składka opłacana przez państwo jest liczona od zasiłku pielęgnacyjnego, czyli od kwoty mniej więcej trzy razy mniejszej niż płaca minimalna. Za znaczną liczbę osób nieposiadających prawa do ubezpieczenia nikt składki nie płaci, a często nie sposób odmówić im leczenia.

Podobna sytuacja, Panie Prezydencie, dotyczy także płacenia składek na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych. Proponuje Pan przywrócenie poprzedniego wieku uprawniającego do świadczeń emerytalnych, co krytykują Pana przeciwnicy, wskazując na deficyt FUS. Ale to przecież także w rozlicznych przywilejach tkwi przyczyna tego deficytu. Niech Pan zwróci przy tym uwagę, co jest przyczyną coraz większego upowszechnienia się tzw. umów śmieciowych. Nie obawa przed problemami z rozwiązaniem umowy o pracę z niechcianym pracownikiem, lecz właśnie korzyści wynikające z możliwości nieopłacania za niego składek, w tym składki repartycyjnej ZUS finansującej obecne emerytury.

### Równe zasady

Rozwiązaniem najbardziej sensownym wydaje się zastosowanie jednolitych zasad dla zatrudnionych we wszelkich formach przy opłacaniu państwowych danin, w tym składki zdrowotnej. Bez świętych krów, bez pokrętnego oszczędzania przez państwo i pracodawców na składce zdrowotnej i emerytalnej. Proszę zwrócić uwagę, że u samozatrudnionych zarabiających



fot. iStockphoto

brutto np. 10 000 zł miesięcznie podatek trzeba zapłacić w wysokości 18 proc., a następnie 32 proc. lub w wypadku podatku liniowego 19 proc. Gdyby z tego zapłacić 7,75 proc. składki zdrowotnej, to rzeczywisty podatek byłby istotnie niższy, a składka wyższa niż płacona do tej pory. Komu służy ta oszczędność? Budżetowi państwa? Może jest tak w wypadku składki zdrowotnej, ale jeśli chodzi o składkę na ubezpieczenie społeczne, która także jest ryczałtowa, i tak budżet musi corocznie dopłacać do FUS kilkadziesiąt miliardów złotych, aby zapewnić wypłacanie emerytur.

Pytanie do Pana, Panie Prezydencie: co uważa Pan za priorytet państwa? Czy wyłącznie dobro przedsiębiorców, czy dobro wszystkich obywateli? Jak rozłożyć obciążenia i wydatki państwa, aby zabezpieczyć Polakom emerytury, ale także sprawnie działającą opiekę zdrowotną. I co dla państwa jest bardziej opłacalne?

### Gdzie szukać profesjonalistów

Narastający brak profesjonalistów medycznych jest coraz bardziej odczuwalny. Jeszcze gorsza informacja to starzenie się grup zawodowych. Właśnie na to wskazują szykujące się do strajku generalnego pielęgniarki, ale alarmuje także Naczelna Rada Lekarska. Jeżeli w szybkim tempie nie wprowadzimy na rynek pracy nowych, młodych osób, to za kilka lat pozostanie nam tylko zamykanie kolejnych szpitali i przychodni.

Są dwie główne przyczyny tego faktu – kształcenie zbyt małej liczby lekarzy i pielęgniarek oraz zbyt niskie wynagrodzenia, co powoduje, że absolwenci szkół i świeżo upieczeni specjaliści emigrują lub nie podejmują pracy w zawodzie. Ponieważ koszt pracy w polskich szpitalach wynosi średnio 70 proc. ogółu kosztów – mniej w szpitalach wysokospecjalistycznych, więcej

*Prawda jest brutalna: nasz system działa w warunkach bezwzględnej i narastającej braku zasobów – ludzkich i finansowych. I to jest główną przyczyną jego złego funkcjonowania*

np. w szpitalach psychiatrycznych – to oczywiste jest, że bez zwiększenia finansowania systemu nie jesteśmy w stanie przedstawić pracownikom satysfakcjonujących warunków płacy i obsadzić wszystkich stanowisk.

Kształcimy zbyt mało lekarzy, aby zwiększyć ich liczbę i obniżyć średnią wiek pracujących. Jeżeli nie zwiększymy liczby miejsc na studiach stacjonarnych, to nigdy nie rozwiążemy tego problemu. Chętnych do podjęcia tych studiów nie brakuje, o miejsce co roku na każdej uczelni ubiega się kilkanaście osób. Trzeba tylko i aż zwiększyć finansowanie uczelni medycznych, aby podolały kształceniu większej liczby studentów. Ponieważ innym istotnym problemem jest brak miejsc pracy dla absolwentów wielu innych kierunków, aż się prosi, by ograniczyć zadania dydaktyczne na innych uczelniach, bardziej je angażując w prace badawcze i naukowe, zaś część pieniędzy na dydaktykę przekazać do uczelni medycznych. Drugim krokiem będzie zapewnienie zwiększonej liczby rezydentur dla absolwentów, ale to jest zadanie za kolejne 6 lat.

*Zupełnie niezrozumiałe jest, że składkę na tzw. warunkach ogólnych płacą w zasadzie tylko osoby zatrudnione na umowie o pracę oraz emeryci i renciści*



Fot.: iStockphoto

### Ułatwienia dla lekarzy i pielęgniarek

Jak na krótką metę zwiększyć liczbę lekarzy? Tutaj nie ma łatwych rozwiązań. Można otworzyć rynek pracy dla lekarzy z innych krajów, upraszczając zasady nostryfikacji dyplomów i uznawania specjalizacji. Tylko czy zechcą oni podejmować u nas pracę, jeżeli za Odrą mogą uzyskać o wiele lepsze wynagrodzenia? Prawdopodobnie więc jest, że będziemy musieli przez kilka lat radzić sobie z niedoborem lekarzy.

W takim razie zrobmy coś, aby ich praca tu i teraz była łatwiejsza. W ostatnich latach stała się ona szczególnie trudna z powodu dramatycznego przeregulowania systemu. Nie bez przyczyny lekarze alarmują, że coraz mniej czasu poświęcają pacjentom, a coraz więcej przeznaczają na czynności administracyjne i sprawozdawcze. Takie regulacje jak ustawa refundacyjna czy

nowo tworzone pakiety wcale nie ułatwiają życia pacjentom, a dramatycznie komplikują je lekarzom i pielęgniarkom.

Los pielęgniarek jest szczególnie trudny. Także i tutaj są coraz większe braki w zatrudnieniu, średnia ich wieku zbliża się do 50 lat, wynagrodzenia są znacznie poniżej średniej krajowej, a praca bardzo ciężka. Przed 20 laty popełniono kardynalny błąd, likwidując licea pielęgniarskie, przez co ograniczono do minimum napływ nowych pielęgniarek do zawodu. Nic nie przeszkadzało, aby po ukończeniu profilowanej szkoły średniej pielęgniarki były zobowiązane do ukończenia studiów, np. dwuletnich. Obecnie mało która absolwentka liceum ogólnokształcącego chce podejmować studia pielęgniarskie, wiedząc, że po nich czeka ją ciężka i słabo wynagradzana praca. Dramatem zaś jest, że większość absolwentek szkół wyższych nie podejmuje pracy w zawodzie bądź emigruje. Może należałoby przywrócić licea pielęgniarskie? Oczywiście jednak jest, że bez zwiększenia finansowania systemu i tak nie będzie chętnych do tej pracy. A społeczeństwo się starzeje, potrzeb pielęgnacji starych i chorych ludzi będzie coraz więcej, zaś ekwiwalenty w postaci opiekunów medycznych nie załatwią wszystkiego.

### Jakie zmiany w organizacji

Przez całe lata karmiono nas komunalami, że pieniędzy na opiekę zdrowotną jest dosyć, tylko trzeba racjonalizować ich wydawanie, „uszczelnić” system. Jest oczywiste, że każdą złotówkę można wydać w lepszy czy gorszy sposób. Można wymieniać przypadki niegospodarności, a nawet oszustw w systemie. Ale myśląc w ten sposób i nadal ograniczając nakłady, możemy uzyskać tylko awans w rankingu Bloomberga, być może nawet przeganiając Libię. Nie zbudujemy jednak bez wystarczającej puli pieniędzy systemu przyjaznego dla pacjenta, nie będziemy mieli odpowiedniej liczby profesjonalistów medycznych, nie skrócimy kolejek do lekarzy.

Ostatnie lata, Panie Prezydencie, to oddanie państwa w ręce urzędników. Odczuwamy to na każdym kroku, także w systemie opieki zdrowotnej. Nieprzemysłane standardy wymuszające zatrudnianie nadmiernej liczby osób, a jednocześnie pozwalające na zbyt duże obciążanie pracą np. pielęgniarek, fatalne sposoby rozliczania usług medycznych – przykłady można mnożyć. Ten system można i należy uprościć. Podam tylko jeden przykład – rozliczanie usług szpitalnych. Praktycznie w całej Europie istnieje system DRG, w Polsce stosowany jako JGP. Tyle że tam najczęściej jest to system sprawozdawczy pozwalający ocenić, co w jakim szpitalu się wykonuje. Bodajże we Francji na podstawie raportów DRG ustala się dla szpitala budżet na kolejny rok. Zwiększenie liczby usług czy lepsze powiązanie wykonywanych procedur z potrzebami zdrowotnymi jest podstawą zwiększenia

budżetu. U nas jest to system rozliczeniowy, zresztą skonstruowany przez NFZ bardzo perfidnie, tzn. rozliczający usługi nie w kolejności chronologicznej, ale według narzuconych przezeń priorytetów. W następstwie mamy ciągle kłótnie o nadwykonania, korekty, konflikty itp.

Panie Prezydencie, deregulacja systemu to nie likwidacja NFZ z przeniesieniem zadań na urzędy wojewódzkie. To niewiele przyniesie. Fundusz kosztuje sam w sobie mało, bo zaledwie ok. 1 proc. składki. Deregulacja to zmiana całego systemu wyboru tzw. świadczeniodawców, sposobu ich finansowania, metody rozliczeń czy ustalania wymogów. I to tym trzeba się zająć przede wszystkim.

#### Dla kogo państwo

To pytanie jest kluczowe. Jeżeli chce Pan, aby państwo pełniło funkcję pomocniczą wobec obywateli, jak zapisano to w konstytucji, to nie może Pan dopuścić, żeby choć jeden obywatel pozostał bez potrzebnej mu pomocy medycznej. A tego w obecnym systemie nie można zagwarantować, co widać na każdym kroku. Być może jesteśmy zbyt biedni, aby gwarantować wszystko. Trzeba w takim razie jasno ograniczyć zakres usług finansowanych z funduszy publicznych. Trzeba w końcu określić tzw. koszyk negatywny. Na przykład procedura sztucznego zapłodnienia metodą *in vitro* jest często ostatnią nadzieją dla wielu osób niemogących inną drogą mieć dzieci. Ale czy możemy ją finansować z pieniędzy publicznych, nie gwarantując finansowania chorób grożących śmiercią?

Aby pokusić się o konstruowanie takiego koszyka, trzeba najpierw określić, jakimi środkami możemy dysponować. A będziemy to wiedzieć dopiero wtedy, kiedy doprowadzimy do powszechnego obciążenia składką zdrowotną wszystkich obywateli. Zgodnie ze starą bismarckowską zasadą: składka proporcjonalna do dochodu – usługi takie same dla wszystkich. Niech płacą pracodawcy i pracownicy, jak to jest praktycznie w całej Europie. Niech nie będzie grup uprzywilejowanych. Nie może być tak, że PSL jako warunek koalicji stawia uprzywilejowanie rolników, często bardzo bogatych farmerów wspieranych na dodatek unijnymi dopłatami. Dopiero wtedy, kiedy zostanie wprowadzona zasada powszechności i solidarności, będziemy mogli mówić o koszyku negatywnym, wzroście składki, ubezpieczeniach dodatkowych czy współpłaceniu przy korzystaniu z usług.

Dzisiaj, zgodnie z obowiązującym prawem, obiecujemy pomoc każdemu potrzebującemu. Nie da się tego jednak dokonać przy istniejących funduszach, zwłaszcza tak nierówno ściąganych od obywateli. W następstwie narażamy szpitale na głębokie zadłużenie i wynikające z tego obniżanie standardów usług oraz nieuchronne koszty finansowe. Jak słusznie twierdzi dr Krzysztof Bukiel, system istnieje wyłącznie dzięki

niewolniczej pracy profesjonalistów medycznych. Kiedy Unia Europejska wprowadzała dyrektywę o transgranicznej opiece zdrowotnej, dała tym samym szansę swoim obywatelom na korzystanie z usług w każdym kraju, szeroko otwierając swoje granice. U nas, implementując dyrektywę, stworzono zapisy szalenie te granice zamykające. Powodem miała być troska o stan finansów systemu. To co tu jest ważniejsze? Zdrowie obywateli czy utrzymywanie fikcji opieki?

*Deregulacja systemu to nie likwidacja NFZ z przeniesieniem jego zadań na urzędy wojewódzkie. To niewiele da. Fundusz kosztuje sam w sobie mało, bo zaledwie ok. 1 proc. składki. Deregulacja to zmiana całego systemu*

#### Kolejny biały szczyt

Obiecał Pan, Panie Prezydencie, prezydenturę otwartą. Może warto byłoby ją zacząć od rozmów o przyjaznym systemie opieki zdrowotnej. O jego organizacji, niezbędnych zmianach, ustaleniu jego finansowania, potrzebach kształcenia nowych profesjonalistów. Prawie osiem lat temu obejmująca władzę Platforma Obywatelska zorganizowała biały szczyt, który zakończył się przyjęciem rekomendacji i obietnicami podwyższenia składki zdrowotnej. Ani rekomendacji nie zrealizowano, ani składki nie podniesiono. Nie możemy powtórzyć tego błędu.

Prowadził Pan kampanię pod hasłem potrzeby zmian. My tych zmian łakniemy jak ryba wody. Jest w Polsce wielu ekspertów, są organizacje korporacyjne i pracownicze, są wreszcie organizacje pacjentów. Jest kogo słuchać i z kim rozmawiać. Nie musi Pan czekać do 6 sierpnia, bo nowy biały szczyt może Pan zwołać pod swoimi auspicjami już wcześniej, a po jego zakończeniu wesprzeć ustalone rekomendacje. Mam szczerą nadzieję, że potrzeba zmian nie była pustym wyborczym hasłem i że zechce ją Pan realizować także w opiece zdrowotnej. Czego życzę Panu, wszystkim obecnym i przyszłym pacjentom, pracownikom systemu i... sobie.

Maciej Biardzki