

Płać, choruj i rób co chcesz

23 października 2008

Rząd i parlamentarzyści Platformy Obywatelskiej – wbrew wielokrotnym solennym zapewnieniom – przygotowali i poddali parlamentarnej „obróbce” pakiet ustaw, które przekształcą polski system ochrony zdrowia w iście ekonomistycznym stylu. Kluczowym punktem planowanych zmian ma być transformacja publicznych placówek ochrony zdrowia w spółki prawa handlowego. Oznacza to, że szpitale i ZOZ-y będą zwykłymi spółkami kapitałowymi, które będą musiały kierować się rachunkiem ekonomicznym, czyli zyskiem, a nie dobrem pacjentów. Na tym jednak nie koniec. Większościowym udziałowcem w przekształconych placówkach miały początkowo pozostać samorządy, lecz po pewnym czasie posłowie PO wykreślili z ustawy wymagany do tej pory minimalny 51-procentowy próg udziału podmiotów publicznych w placówkach służby zdrowia, a zakładaną uprzednio dobrowolność przekształcania zastąpiono przymusem – niezależnie od sytuacji, w jakiej obecnie znajduje się szpital czy przychodnia. To rozwiązanie podwójnie groźne, gdyż projekt reformy zakłada, że nowe spółki będą mogły bankrutować[1].

Przeciwko propozycjom PO jest cała opozycja, a także związki i samorządy zawodowe. Były wiceminister zdrowia Bolesław Piecha stwierdził, iż w konsekwencji wprowadzenia reformy w takiej postaci szpitale będą się uciekać do „hazardu moralnego”, polegającego na szantażowaniu pacjentów, aby wymusić od nich dodatkowe opłaty za szybkie przyjęcie na oddział. Zadłużone jednostki będą prawdopodobnie wyprzedawać swój majątek, oczywiście ze szkodą dla siebie[2]. Na projekcie nie zostawia też suchej nitki były minister zdrowia Marek Balicki. Jego zdaniem przyjęcie reformy doprowadzi do prywatyzacji większości najlepszych szpitali, a prywatne placówki będą przedkładać wyniki finansowe nad dobro pacjentów. Wadliwa konstrukcja ustawy pisanej bez udziału ekspertów, wraz z

wymuszaniem przekształcenia w spółki kapitałowe i brakiem zabezpieczeń przed bankructwem doprowadzi – zdaniem Balickiego – do przejęcia ok. 30-40% najlepszych szpitali przez prywatnych inwestorów[3]. Co szczególnie ciekawe, Balicki wytknął zwolennikom „zarządzania i marketingu” w służbie zdrowia, iż sami są marnymi przykładami podobnych praktyk. Stwierdził, że za ustawą stoją politycy, którzy „doprowadzili do zadłużenia placówek, którymi kierowali wtedy, kiedy byli menedżerami (...) Pani minister zdrowia [Ewa Kopacz – GK], kiedy przez 5 lat była dyrektorem niewielkiego ZOZ-u w kilkunastotysięcznym Szydłowcu, doprowadziła swoją placówkę do zadłużenia wysokości 3,5 mln zł. To jest rekordowe zadłużenie jak na tak niewielką placówkę”[4]. We wspólnym artykule prasowym Ludwik Dorn, Zbigniew Religa oraz wspomniany Balicki dobitnie podsumowali projekt stwierdzając, iż cechuje się on „(...) swoistym ekstremizmem rynkowym i poddaje sferę usług zdrowotnych logice gry rynkowej ze wszystkimi złowrogimi konsekwencjami dla mniej zamożnej większości społeczeństwa, a w konsekwencji także dla finansów publicznych”[5]. Wszystko zresztą wskazuje na to, że Platforma Obywatelska liczyła się z oporem obywateli, gdyż zmiany w systemie ochrony zdrowia zostały zgłoszone jako projekty poselskie, a nie rządowe, co pozwoliło uniknąć obowiązku poddania propozycji społecznym konsultacjom.

* * *

Zdaniem liberałów z PO, ubezpieczonemu pacjentowi jest wszystko jedno, czy leczy się w placówce prywatnej, czy publicznej, ponieważ i tak płaci za niego Narodowy Fundusz Zdrowia. Problem w tym, że nowo utworzone spółki będą samodzielnie decydować, czy podpiszą kontrakt z NFZ. Właściciele bądź akcjonariusze (np. jedyne szpitala w niewielkim mieście) mogą więc dojść do wniosku, że Fundusz oferuje im za świadczone usługi zbyt niskie kontrakty i postanowią świadczyć je komercyjnie, czyli tym, którzy za nie zapłacą (lub wykupią dodatkowe ubezpieczenie, co rząd PO

forsuje już od dawna), a nie ubezpieczonym w publicznym systemie. Ale prywatyzacja ma objąć nie tylko placówki służby zdrowia, lecz także system ubezpieczeń zdrowotnych, gdzie po planowanej likwidacji Narodowego Funduszu Zdrowia ma powstać szereg prywatnych ubezpieczalni. A stąd – jak zauważyła publicystka – „(...) już tylko krok do zlikwidowania obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego”[6].

Nie można analizować zaistniałej sytuacji bez postawienia sobie fundamentalnego pytania: dlaczego właściwie liberalizacja i prywatyzacja miałyby oznaczać coś niekorzystnego? Lub inaczej: z jakich powodów ważki skądinąd interes społeczny ma – jak to się przedstawia – w rażący sposób pozostawać w sprzeczności z rachunkiem ekonomicznym? Niektóre obiegowe opinie i twierdzenia na ten temat mijają się z rzeczywistością lub wręcz są kłamliwe i odpowiadają tylko na zapotrzebowanie różnych grup interesu i nacisku. Warto więc wyjaśnić wiele zagadnień zarówno z ekonomicznego, jak i społecznego oraz obywatelskiego punktu widzenia.

Mamy obecnie na świecie do czynienia z trzema sposobami finansowania służby zdrowia. Są to kolejno: system ubezpieczeń dobrowolnych, czyli rynkowy, niewystępujący nigdzie w czystej formie (państwo zajmuje się m.in. ratownictwem medycznym i walką z epidemiami, z którymi rynek sobie nie radzi, bo nie może, ale i nie chce), system finansowania budżetowego (zwany też systemem narodowej służby zdrowia – to model socjaldemokratyczny, w którym państwo zapewnia wszystkim obywatelom system opieki „od kolebki aż po grób”) oraz łączący w pewnym sensie cechy obu poprzednich system ubezpieczeń przymusowych, zwany niekiedy systemem mieszanym.

To właśnie różnego typu rozwiązania mieszane, często z dość dużym udziałem państwa, przeważają w gospodarkach państw rozwiniętych. Ten stan wynika nie tylko z oczywistych pobudek socjalnych, lecz – co może zaskakiwać – znajduje także usprawiedliwienie w ortodoksyjnej teorii ekonomii. Upowszechniające się od połowy lat 80. w nauce o rozwoju tzw.

„teorie wzrostu endogenicznego” dowodzą, iż „(...) wzrost gospodarczy ma charakter przede wszystkim endogeniczny i zależy w głównej mierze od dwóch czynników: innowacji oraz kapitału ludzkiego (...)”, a „(...) zdrowie, w zasadniczym zakresie determinujące jakość kapitału ludzkiego, uznane zostało za istotny czynnik oddziałujący na wzrost gospodarczy”[7]. Zdrowie pozostaje więc nie tylko w obszarze zainteresowań polityki społecznej, lecz także polityki gospodarczej. Jak trafnie ujął to A. Zbigniew Gusiew, służba zdrowia jest „(...) naszą wspólną inwestycją w naszą wspólną przyszłość”[8], w związku z czym powszechnie uznaje się potrzebę przynajmniej minimalnych regulacji, uniemożliwiających degradację zdrowia społeczeństwa przez oddanie go w ręce „niewidzialnej ręki rynku”.

Jednak – jak zwykle – diabeł tkwi w szczegółach. Postępująca nieprzerwanie od ponad 30 lat ideologia neoliberalizmu poszukuje nieustannie uzasadnienia dla liberalizacji, prywatyzacji i innych metod „wysysania” środków publicznych i przelewania ich wprost do kieszeni kapitału finansowego. W tradycyjnie niezbyt rynkowej sferze, jaką jest służba zdrowia, usprawiedliwienie dla takich działań znalazło się w kilku „teoriach”, których obalenie wydaje się kluczowe dla obrony potrzeby publicznego uczestnictwa i społecznej kontroli w tym sektorze.

Pierwszym z neoliberalnych mitów, mającym usprawiedliwić konieczność prywatyzacji i – co za tym idzie – nieuchronność wprowadzenia powszechnej odpłatności za służbę zdrowia, jest ten, wedle którego przyczyną stale rosnącego popytu na usługi medyczne jest nieracjonalność pacjentów i nadużywanie przez nich świadczeń zdrowotnych, gdy te są darmowe. Jest to twierdzenie na tyle absurdałne, że można się z nim rozprawić (dosłownie!) w dwóch zdaniach, co uczynił Łukasz Raciborski, gdy powiedział: „Nie chodzimy do lekarza dlatego, że nie płacimy mu za wizytę. Chodzimy, kiedy coś nam dolega”[9]. Niedorzeczność takich pomysłów znalazła zresztą potwierdzenie

w praktyce. Słowacja, która – właśnie pod pretekstem ograniczenia ilości rzekomo bezpodstawnych wizyt lekarskich, zwłaszcza wśród osób starszych – wprowadziła w 2003 r. symboliczne opłaty za nie, już w 2006 r. wycofała się z tego rozwiązania. Kłopoty organizacyjne związane z nim były bardzo duże, tymczasem – jak pokazały badania – opłaty zniechęciły do wizyty lekarskiej zaledwie 2% potencjalnych pacjentów. Należy przypuszczać, że nawet w wypadku kilkukrotnie wyższego kosztu odsetek ten nie uległby radykalnemu zwiększeniu.

Kolejnym sposobem na „rozmiękczenie” państwa w systemie opieki zdrowotnej jest wykorzystanie teorii asymetrii informacji, której próbuje się używać do opisanego rynku ubezpieczeń, aby zmusić społeczeństwo do tzw. „współpłacenia” za usługi medyczne. Wykładnię takiego podejścia prezentuje na gruncie polskim Witold Gadomski: „Ludzie zdrowi szukają firm ubezpieczeniowych oferujących tanie i proste usługi (...) A ludzie chorujący chcą, by ubezpieczenie pokrywało także skomplikowane, drogie procedury, ale to oznacza, że składki ubezpieczeniowe muszą być wysokie”[10]. Lekarstwem na związane z tym niedomaganie systemu ma być rzekomo wprowadzenie dodatkowych opłat za poszczególne usługi medyczne poza płaconymi już składkami ubezpieczeniowymi. W rozwiązaniu tym szczególnie zastanawia etymologia zaiste magicznego słowa „współpłacenie” i jego człon: „współ” – sugerujący, jakoby pacjenci mieli płacić za usługi medyczne wraz z jakąś stroną trzecią, podczas gdy w praktyce płacący składki mają „współpłacić”... sami ze sobą. Skoro i tak finansują cały system, to dodatkowe opłaty oznaczają ni mniej, ni więcej, tylko podwyżkę opłat dla dotychczasowych jego „sponsorów” (czyli społeczeństwa), a nie „współpłacenie”. Nietrudno domyślić się, iż głównym beneficjentem takiego rozwiązania są oczywiście firmy ubezpieczeniowe.

Trzeba również powiedzieć dobitnie, dlaczego – jak chcą wyznawcy ideologii wolnorynkowej – służby zdrowia nie można traktować jak każdego innego sektora gospodarki z

konkurującymi ze sobą prywatnymi przedsiębiorstwami. Podstawową jest tutaj – banalna mogłoby się wydawać – konstatacja, że podczas gdy w zwykłym przedsiębiorstwie sukces w postaci zwiększonej produktywności powoduje przeważnie wzrost zysków, o tyle sukcesy w leczeniu generują zwiększone koszty. Pacjenci żyją dłużej, a co za tym idzie, dłużej będą wymagać opieki zdrowotnej! Argumentacja powyższa znajduje dopełnienie na gruncie praktycznym. Publiczny szpital musi zapewnić pacjentom opiekę 24 godziny na dobę, by móc stawić czoło nagłym wypadkom. Nie może więc – w przeciwieństwie do maksymalizującej zysk placówki prywatnej – dążyć do pełnego wykorzystania posiadanych miejsc i środków. „Nie finansować tych 15 czy 20% pustych łóżek to tak, jakby płacić strażakom tylko w czasie pożaru!”[11]. Oczywiście jest również, iż części hospitalizacji po prostu nie da się przewidzieć. Tymczasem dla tej samej jednostki chorobowej niezaplanowane leczenie kosztuje ok. 60% drożej niż przewidziane uprzednio w planie. Działająca wedle rynkowej logiki firma musiałaby zatem zrezygnować z leczenia przypadków i chorób niezaplanowanych, czyli w praktyce – większości[12].

Wreszcie nie można rozpatrywać problemu finansowania służby zdrowia jedynie z czysto ekonomicznego (czy raczej ekonomistycznego) punktu widzenia, przyjmując np. – jak to często ma miejsce – jako jedyne kryterium ocenę, czy usługa zdrowotna jest dobrem publicznym, czy może raczej towarem. Dobro publiczne to takie, które charakteryzują dwie cechy: niemożność wyłączenia go z konsumpcji oraz jej nierywalizacyjny charakter[13], a typowym jego przykładem jest telewizja lub radio nadawane bezpłatnie w systemie free-to-air. Nadawca nie ma możliwości zapobieżenia odbieraniu sygnału przez jednostkę dysponującą odpowiednim urządzeniem, a jednocześnie korzystanie z sygnału przez jedną osobę nie wpływa na możliwość jego odbioru przez innych[14]. Tyle tylko, że jest to definicja tzw. „czystego” dobra publicznego, a prawicowi ekonomiści przeważnie „zapominają” dodać, jak niewiele dóbr będących faktycznie publicznymi tego warunku

teoretycznego nie spełnia. Infrastruktura drogowa to idealny przykład. W teorii spełnia oba założenia, jednak warto zwrócić uwagę, że im więcej jest kierowców na drogach, tym większe powstają korki, wydłuża się czas podróży i zwiększa liczba wypadków. Innymi słowy: w przypadku bardzo dużego natężenia ruchu drogowego na drogach występuje konkurencyjność w konsumpcji. Z tego powodu infrastrukturę drogową można uznać za dobro publiczne jedynie przy niewielkim ruchu. Jednak w tym przypadku ze strony liberałów nie słychać głosów mówiących o groźbie rosnącego i nieuzasadnionego popytu na drogi. Nikt nie proponuje też likwidacji korków poprzez wprowadzenie współpłacenia użytkowników i wyeliminowanie z dróg tych, którzy mogą iść na piechotę, choć być może akurat w tym wypadku byłoby to jak najbardziej wskazane. Należy jasno powiedzieć, że są po prostu fundamentalne przyczyny (również natury ekonomicznej, jak wpływ kondycji zdrowotnej społeczeństwa na wzrost i rozwój gospodarczy), dla których analiza usług medycznych przy użyciu opisanych powyżej narzędzi jest niedopuszczalna.

Tymczasem w prawie zupełnie podporządkowanym neoliberalnej hegemonii dyskursie publicznym w Polsce od lat wmawia się społeczeństwu, że panaceum na wszelkie problemy i niedomagania gospodarcze jest prywatyzacja. Tak też ma być w wypadku służby zdrowia, gdzie wprowadzenie „niewidzialnej ręki rynku” (którą – jak zauważył kiedyś złośliwie noblista Joseph E. Stiglitz – tak trudno dostrzec, gdyż w ogóle jej nie ma) w cudowny sposób zaradzi rzekomemu marnotrawstwu systemu publicznego. W rzeczywistości sprawy mają się zgoła inaczej, a pouczający przykład daje system opieki zdrowotnej we Francji. „Zwolennicy liberalizacji służby zdrowia milczą (...) na temat skutków częściowej prywatyzacji usług medycznych, dotyczącej zwłaszcza niektórych dziedzin: produkcji i obsługi urządzeń karmiących i wspomagających oddychanie w warunkach domowych oraz leczenia pompą insulinową”[15]. Odkąd we Francji zajmują się tym należące do wielkich koncernów prywatne przedsiębiorstwa, koszt leczenia pompą insulinową wzrósł trzykrotnie. W końcu –

jak przyznał nawet polski liberalny publicysta ekonomiczny Witold Gadomski – koszty administracyjne prywatnych ubezpieczalni są nieco wyższe niż publicznych[16].

Jednak najbardziej dobitnym przykładem tego, do czego prowadzi prywatna służba zdrowia bez obowiązkowych powszechnych ubezpieczeń, jest casus USA. Ten kraj, jako jedyny z wysoko rozwiniętych, nie posiada publicznego systemu opieki medycznej. Tamtejszą służbą zdrowia rządzi rynek, co wydawałoby się rajem na ziemi dla polskich zwolenników liberalizacji, prywatyzacji, restrukturyzacji, konkurencji, elastyczności i innych modnych eufemizmów. Jednak fakty okazują się druzgocące.

Stany Zjednoczone wydają na zdrowie ok. 16% PKB, co na jednego mieszkańca daje dwukrotnie więcej niż w bogatych krajach Europy. Tymczasem np. „Grecy żyją dłużej niż Amerykanie, choć na zdrowie wydają ponad dwukrotnie mniej”[17]. Jednocześnie 15,8%, czyli aż ok. 47 milionów Amerykanów, w ogóle nie jest ubezpieczonych. Kolejnych 79 milionów dorosłych obywateli ma obecnie problemy ze spłaceniem rachunków za usługi medyczne lub spłaca właśnie kredyt zaciągnięty na ich opłacenie. Jak wynika z badań Commonwealth Fund, ok. 45% dorosłych osób w USA przyznaje, że w 2007 r. przynajmniej raz zrezygnowało z usług medycznych z powodu ich zbyt wysokich cen[18].

W 2006 r. w USA przeciętny koszt ubezpieczenia zdrowotnego dla czteroosobowej rodziny wyniósł ok. 11,5 tys. dolarów, a przeciętna miesięczna składka zdrowotna wyniosła po 465 dolarów na osobę ze strony pracownika i przedsiębiorcy. Oznacza to, iż w praktyce jeden małżonek pracuje na ubezpieczenie zdrowotne, a drugi na pozostałe potrzeby. Na porządku dziennym są sytuacje, gdy ubezpieczyciel odmawia pokrycia kosztów leczenia mimo posiadanej przez ubezpieczonego polisy. Polisy opiewającej na pewną kwotę, po przekroczeniu której (gdy chory nie jest w stanie pokryć dodatkowych wydatków) leczenie zostaje przerwane. Nic dziwnego zatem, że Amerykanie z północnych stanów wolą często korzystać z usług

służby zdrowia w sąsiedniej Kanadzie[19].

Wszystko to sprawia, że w USA coraz silniejsze są żądania wprowadzenia obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych i publicznej służby zdrowia. Brak powszechnego ubezpieczenia przyczynił się bowiem także do sytuacji, w której kraj ten zajmuje dopiero 38. miejsce na świecie pod względem oczekiwanej długości życia, a współczynnik śmiertelności noworodków jest tam zdecydowanie wyższy (6,9 przypadków na tysiąc urodzeń) niż w – ponoć zacofanych – krajach z publiczną służbą zdrowia, takich jak choćby Kuba[20]. Rosnący sprzeciw społeczeństwa amerykańskiego wobec obecnej sytuacji przestaje dziwić zwłaszcza wtedy, gdy uświadomimy sobie, że podczas gdy prawie dwie trzecie obywateli USA korzysta z ubezpieczeń finansowanych przez pracodawców, to jednak ci mogą bez większego problemu odliczać koszty polis pracowników od podstawy opodatkowania. Faktycznie zatem, w dużej mierze są one finansowane przez budżet federalny, czyli podatników. To znamieny przykład funkcjonowania prywatnej służby zdrowia: całe społeczeństwo płaci za system, z którego w największym stopniu korzystają nieliczni uprzywilejowani.

* * *

W świetle danych ze Stanów Zjednoczonych, a także innych krajów, które poszły w ich ślady, trudno się dziwić wnioskowi z analiz – jak choćby tej przeprowadzonej przez dr Ewę Krakowińską z Uniwersytetu Warszawskiego – dającym naukowe uzasadnienie dla odrzucenia wolnorynkowego dyktatu oraz jego społecznej percepcji. Porównując służbę zdrowia w Polsce z tą w wybranych krajach UE, autorka analizy stwierdza, że „(...) im wyższy jest poziom rozwoju gospodarczego, tym większy udział państwa w finansowaniu ochrony zdrowia i tym lepiej jest taki system oceniany przez obywateli”, a konkludując dochodzi do budującego wniosku: „(...) w krajach wysokorozwiniętych (...) władze publiczne nie zwalniają się z zaspokajania potrzeb społeczeństwa, akceptując czystą gospodarkę rynkową”[21]. Warto spojrzeć na nauki płynące z rozwiązań zastosowanych we

wspomnianych krajach.

Dobrym przykładem są posiadające i tak już nieprzesadnie rynkowy system Niemcy, które od kwietnia 2007 r. reformują swoją służbę zdrowia, odchodząc od niektórych liberalnych rozwiązań w kierunku modelu bardziej socjalnego. Jednym z głównych założeń zmian jest objęcie powszechnym obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym wszystkich obywateli, a także utworzenie centralnego funduszu zdrowia, finansowanego zarówno ze składek ubezpieczonych, jak i z budżetu państwa. W nowym systemie w całości ma być finansowana z budżetu także opieka zdrowotna dla dzieci. W chwili rozpoczęcia reformy wedle różnych szacunków ok. 600 tys. osób nie było w ogóle ubezpieczonych. Co ciekawe, osoby bez ubezpieczenia zwykle nie zaliczały się do najuboższych, ani nawet do tzw. „niższej klasy średniej”. Byli to przeważnie właściciele zbankrutowanych firm, którzy zostali usunięci z prywatnych kas chorych z powodu nieuiszczania składek zdrowotnych(22). Powinno to stać się przestrogą także dla grup forsujących prywatyzacyjne rozwiązania w Polsce, choć na skuteczność tej przestrogi raczej trudno liczyć.

Inny pozytywny przykład daje Kanada, gdzie ochrona zdrowia w całości finansowana jest z budżetu. Nie ma osobnej składki na ubezpieczenie zdrowotne – jest ona elementem płaconych przez obywatela podatków, a upoważniony do korzystania z ochrony zdrowia jest każdy stały mieszkaniec kraju (przybysz po 6 miesiącach pobytu), bez względu na wiek, obywatelstwo, czy stan zatrudnienia. (W Polsce, jak zauważył Marek Wystański, „dziecko rodzica, który utracił zasiłek dla bezrobotnych, nie ma ubezpieczenia medycznego, jeśli ukończyło 7. rok życia”)(23). Biorąc pod uwagę udział wydatków na ochronę zdrowia w PKB (wyższy niż średnia w „starej piętnastce” UE, niższy niż w USA) oraz jakość i powszechność ochrony zdrowia (lepszą niż średnio w Zachodniej Europie i w Stanach Zjednoczonych) uważa się, iż kanadyjski system ochrony zdrowia jest jednym z lepszych na świecie[24].

Przedstawione powyżej rozwiązania bronią się szczególnie w porównaniu z innymi – „bardziej rynkowymi” – modelami systemu ochrony zdrowia. Nie chodzi tu tylko o ekstremistyczny przypadek USA, lecz także np. model powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych, zwłaszcza gdy dopuszczona jest konkurencja pomiędzy prywatnymi ubezpieczycielami, a państwo ogranicza się co najwyżej do ustalania reguł tej „gry rynkowej”. W takim systemie – który wedle planów PO już wkrótce ma się stać udziałem polskiego pacjenta – występuje bowiem znaczna nierówność w dostępie do opieki i zróżnicowanie jakości otrzymywanych świadczeń. Podstawowym wyznacznikiem jest kondycja danego ubezpieczyciela, a konsekwencją różnic w ich sytuacji jest rzeczywista nierówność ubezpieczonych w dostępie do opieki zdrowotnej. Ponadto, „(...) wyznacznik poziomu opieki zdrowotnej dla danej osoby stanowi jej pozycja społeczna i zawodowa, determinująca przynależność do konkretnej kasy chorych”(25). Prywatne ubezpieczenia naruszają zatem zasady solidarności społecznej i pogłębiają podziały. Na ich wykupienie mogą sobie pozwolić osoby zamożne i wykształcone, o wysokiej świadomości zdrowotnej, czyli objęte statystycznie mniejszym ryzykiem zachorowania. Pozostali są zmuszeni korzystać z terapii relatywnie gorszych, mniej skutecznych, lub – co gorsza – obciążonych gorszymi skutkami ubocznymi, a więc terapii nie tylko zmniejszających szanse na całkowite wyleczenie, lecz także możliwości na rynku pracy[26]. W dłuższej perspektywie efektem takiej sytuacji są coraz mniejsze zarobki osób skazanych na gorszą opiekę zdrowotną, których stan zdrowia jest w związku z tym również coraz gorszy. Różnice utrwalają się i pogłębiają – koło się zamyka. Piszący o prywatnych ubezpieczeniach zdrowotnych w polskim kontekście Łukasz Raciborski zauważa też inny problem: „(...) ubezpieczyciele prywatni mają w porównaniu z państwem mniejszą zdolność do dywersyfikacji ryzyka chorobowego, czyli rozłożenia go na wiele jednostek, a więc tym samym będą się starali selekcjonować swoich klientów. To znaczy, że będą chcieli przyciągać ludzi młodych i zdrowych, aby minimalizować ryzyko związane z pokryciem kosztów drogich terapii”[27].

Problem polega również na tym, że wszystkie wymienione powyżej nierówności i niesprawności oraz przeprowadzane próby ograniczania konsumpcji usług medycznych spotykają się ze słusznym oporem społecznym. To z kolei powoduje często – jak we Francji – wprowadzanie zasiłków na pokrycie kosztów dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. W rezultacie, na przeprowadzanym na coraz większą skalę wpompowywaniu publicznych funduszy do systemu korzystają w głównej mierze przedstawiciele kapitału finansowego w postaci... prywatnych ubezpieczycieli.

Niezbyt fortunne są także próby wprowadzania systemu mieszanego, łączącego w sobie elementy finansowania budżetowego z istnieniem prywatnych ubezpieczycieli. Taki model przyjęła Holandia, gdzie opieka nad przewlekłe chorymi finansowana jest bezpośrednio przez państwo, natomiast cała reszta świadczeń – poprzez prywatne ubezpieczenia. Firmy ubezpieczeniowe muszą oferować uniwersalny pakiet usług za jednolitą składkę płaconą przez wszystkich ubezpieczonych, bez prawa do odmówienia komukolwiek. Problem w tym, że państwo zwraca ubezpieczycielom pieniądze za wydatki na pacjentów o wysokim ryzyku zachorowania, co generuje olbrzymie koszty: firmy ubezpieczeniowe, zawierając kontrakty ze szpitalami, dbają głównie o jakość usług, a nie o to, ile będą one kosztować. Ponownie więc obserwujemy zbyt drogi system, w którym główną przyczyną nadmiernych wydatków jest liberalizacja i dopuszczenie kapitału do sektora prywatnego. Kończy się to tak, że „65-letni Meksykanin ma szansę żyć dłużej niż jego rówieśnik Holender, choć wydatki na zdrowie w Holandii są 4,5 razy wyższe”[28].

* * *

Nie ulega wątpliwości, że służba zdrowia w Polsce wymaga reform. Sednem problemu jest – jak trafnie ocenił dr Paweł Białynicki-Birula z Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie – „swoisty oportunizm kolejnych ekip rządzących i liczenie, że problem restrukturyzacji (...) rozwiąże się sam, poprzez

działanie niewidzialnej ręki rynku. Jak się okazuje bez wizji kształtu sfery zdrowotnej, popartej aktywną polityką państwa, problemów służby zdrowia jak dotąd nie udaje się i, jak należy sądzić, nie uda się rozwiązać"[29]. Trzeba więc postawić trafną diagnozę, a następnie przepisać właściwą kurację i konsekwentnie ją realizować. Spróbujmy nakreślić ramy takiego działania.

Służba zdrowia w Polsce jest zorganizowana w systemie ubezpieczeń przymusowych, gdzie (teoretycznie) pieniądź miał iść za pacjentem. Jednak „uprawnienia do korzystania z systemu mają także niepracujący małżonkowie, dzieci będące na utrzymaniu pracujących i niepracujących, rolnicy i ich rodziny (...) Księża, zakonnice i zakonnicy oskładkowani są wedle jakichś magicznych, cudownie niskich norm, a za bezrobotnych niską składkę płaci PUP”[30]. W rezultacie za ponad połowę uczestników systemu nie idą żadne zauważalne pieniądze – utrzymują go w istocie pracujący poza rolnictwem, najczęściej nisko opłacani obywatele, beneficjantami zaś są w zasadzie wszyscy. Narodowy Fundusz Zdrowia narzuca w podpisywanych umowach ograniczenia na publiczne placówki, nie pozwalając im na wykonywanie odpłatnych usług. Ograniczenia te nie dotyczą natomiast zakładów niepublicznych, mogących działać na zasadach komercyjnych niezależnie od posiadanego kontraktu z NFZ, co stawia je w uprzywilejowanej pozycji. Ponadto władze oraz publiczne ZOZ-y udzielają prywatnym placówkom zamówień na wykonywanie usług zdrowotnych, a zatem praktycznie zapewniają ich finansowanie z budżetu państwa i samorządów[31].

Trzeba także powiedzieć otwarcie, że we wszelkich dyskusjach na temat służby zdrowia w Polsce pomija się najważniejszego chyba aktora tej gry interesów. Gdy mówi się o państwie, prywatnym kapitale oraz pracownikach jako trzech stronach zainteresowanych problemem, pomijani są pacjenci, dla których przecież w największym stopniu sytuacja opieki zdrowotnej jest kwestią „życia lub śmierci”. Tymczasem w chwili obecnej znaczenie pacjentów w systemie jest żadne i nie mają oni

jakiegokolwiek instytucjonalnej drogi artykulacji interesów czy poglądów. W miejsce autentycznej reprezentacji pojawiają się specjalistyczne stowarzyszenia pacjentów i rodzin, zainteresowane wyłącznie leczeniem określonego typu schorzeń, które „(...) w istocie stanowią formę nacisku koncernów farmaceutycznych (...) pozorują aktywność społeczeństwa obywatelskiego”[32]. W takiej sytuacji pacjent nie tylko może stać się bezsilną i bezbronną ofiarą błędów lekarskich, lecz także – a może przede wszystkim – ofiarą niekompetencji i rozrzutności organów służby zdrowia (z NFZ na czele), które w żadnej mierze nie podlegają jego kontroli.

Wreszcie fundamentalnym problemem polskiej służby zdrowia jest jej chronicznie niedofinansowanie. W 2005 r. nakłady na ten cel w budżecie państwa osiągnęły 6,2% PKB, przy średniej dla krajów OECD na poziomie 9%. Wyprzedzają nas pod tym względem nie tylko finansujące budżetowo swoje systemy państwa skandynawskie, lecz także choćby takie kraje, jak: Grecja (10,1%), Węgry (8,1%) i Meksyk (6,4%)[33]. Przytoczone dane nie wyczerpują jednak tematu, gdyż – paradoksalnie – w stosunku do dochodów pracowników, które w Polsce są po prostu niskie, a od których w głównej mierze zależy finansowanie tego sektora, wydajemy relatywnie dużo. O ile udział płac w dochodzie narodowym w krajach Europy Środkowo-Wschodniej waha się od 40% w Rumunii, poprzez 55 % na Białorusi, do 70% w Niemczech, to w Polsce wynosi on zaledwie 27% (wraz ze składkami ZUS). Dlatego wymienionym krajom – nawet przy założeniu podobnych rozwiązań w sektorze finansów publicznych – dużo łatwiej pozwolić sobie na finansowanie budżetowe na poziomie nawet 10% PKB[34].

W obliczu zarysowanych powyżej problemów, a także ewidentnych wad rozwiązań w całości czy częściowo prywatnych, należy poważnie rozważyć wprowadzenie w Polsce systemu budżetowego finansowania służby zdrowia oraz oparcie struktury właścicielskiej placówek na jednostkach publicznych. Kluczowe bowiem – w przeciwieństwie do tego, co próbują wcielić w czyn

wolnorynkowi ekstremiści – wydaje się planowanie gospodarcze, które jest jedyną obecnie możliwością zapanowania nad istniejącym chaosem w służbie zdrowia. Liczne przykłady dowodzą, że rynek może ten chaos jedynie pogłębić. Jak napisał Zbigniew Partyka: „System budżetowego finansowania służby zdrowia pozwala, poprzez ogarnięcie całości, uniknąć rozrzutnego nadymania kosztów właściwego dla systemu rynkowego, pozwala zaoszczędzić na budowie zbędnej, niby-ubezpieczeniowej struktury, właściwej systemowi ubezpieczeń przymusowych”[35].

Jedynie socjaldemokratyczny system narodowej służby zdrowia może sprawiedliwie i efektywnie rozwiązać problem alokacji zasobów oraz uniknąć np. sytuacji, kiedy w jednej miejscowości są kolejki do szpitali, a kilkadziesiąt kilometrów dalej szpital dysponuje znaczną ilością wolnych łóżek. To także jedyna możliwość zapewnienia odpowiednich proporcji pomiędzy płacami lekarzy a wynagrodzeniem personelu pomocniczego oraz szansa na ustanowienie równowagi pomiędzy leczącymi a pacjentami i umożliwienie tym ostatnim osiągnięcia realnego wpływu na własny los. Planowanie – utożsamiane tu z całkowicie publiczną i finansowaną bezpośrednio z wpływów podatkowych służbą zdrowia – to również tak potrzebne sterowanie liczbą oraz rozmieszczeniem lekarzy, a także strukturą specjalności lekarskich.

System budżetowy oznacza całkowitą eliminację zbędnych w gruncie rzeczy pośredników (prywatnych ubezpieczycieli) z procesu leczenia, a co za tym idzie – uwolnienie służby zdrowia od groźby finansjeryzacji, która zatruwa już gospodarkę w wielu innych, kluczowych aspektach jej funkcjonowania. Trzeba także pamiętać, iż tylko państwo może mieć wystarczająco mocną pozycję, aby reprezentować żywotne interesy ogółu społeczeństwa w konfrontacji z koncernami farmaceutycznymi. Lekiem na brak realnych przepływów pieniężnych idących (czy raczej nieidących) za niespełną połową świadczeniobiorców jest właśnie finansowanie usług

medycznych bezpośrednio z wpływów podatkowych, a przejście na całkowicie publiczną strukturę właścicielską sektora eliminuje występujące obecnie problemy z brakiem jednolitości.

Neoliberalistom walczą z systemem budżetowym i twierdzą, że jest on rozrzutny i nieefektywny, a w konsekwencji wszyscy na nim tracą. „Zapominają” zapewne dodać, że mają na myśli system budżetowy w zbiurokratyzowanym ustroju społeczno-gospodarczym, gdzie – tak samo jak w nachalnie promowanej prywatnej służbie zdrowia – nie ma żadnej demokratycznej kontroli, a zamiast tego: arbitralne, niekontrolowane i czasami po prostu głupie decyzje władz. Nie sam fakt finansowania z budżetu decyduje tu więc o efektywności lub jej braku, ale właściwe uregulowania i społeczna kontrola nad systemem. Jest ona możliwa (i ogromnie potrzebna) w obu wypadkach, ale zdecydowanie bardziej prawdopodobna właśnie w systemie narodowej służby zdrowia.

Nie można oczywiście myśleć o takiej formie finansowania, a zwłaszcza o zwiększaniu nakładów na zdrowie, bez połączenia reformy z odpowiednimi zmianami w systemie finansów publicznych, co w szczególności dotyczy polityki fiskalnej państwa. Niewątpliwie należałoby pomyśleć nie tylko o zwiększeniu progresji podatku dochodowego od osób fizycznych, lecz także o odpowiednim opodatkowaniu firm/pracodawców (być może również w formie progresywnego podatku dochodowego od przedsiębiorstw), gdyż to oni korzystają najwięcej na zdrowiu społeczeństwa – nazywanym w tym wypadku eufemistycznie „kapitałem ludzkim” – i eksploatują je, nie ponosząc żadnych kosztów. Nie można równocześnie zaprzestawać przypominania społeczeństwu, że „publiczny”/”państwowy” nie oznacza darmowego, a nieefektywność ekonomiczna przedsiębiorstw o strukturze własnościowej innej niż prywatna to neoliberalny mit, służący wyłącznie wąskim grupom interesu. W imię tego mitu, w wielu krajach na świecie – również w Polsce – dokonano już prywatyzacji całych sektorów gospodarki. Najpierw celowo zarządzano mieniem państwowym w jak najgorszy sposób, a następnie sprzedawano je pod kłamliwym hasłem, iż „nie było

żadnej alternatywy". Wydaje się, że obecnie z podobnym zagrożeniem musi się zmierzyć służba zdrowia. Nie można dopuścić, aby i tym razem zadziałał ten morderczo skuteczny schemat.

Autor: Grzegorz Konat

Źródło: [„Le Monde diplomatique”](#)

PRZYPISY

1. M. Ostrowska, „Koniec publicznej ochrony zdrowia”, „Trybuna Robotnicza”, 31 lipca 2008 r.
2. „Sprywatyzowane po reformie szpitale będą uciekać się do hazardu moralnego”, „Gazeta Prawna”, 20 lipca 2008 r.
3. Tamże.
4. „SdPl–Nowa Lewica: siedem grzechów głównych PO przy reformie służby zdrowia”, „Gazeta Prawna”, 18 lipca 2008 r.
5. L. Dorn, M. Balicki, Z. Religa, „Jak naprawić służbę zdrowia”, „Rzeczpospolita”, 9 lipca 2008 r.
6. M. Ostrowska, art. cyt.
7. P. Białyński-Birula, „Wpływ zdrowia na kształtowanie się społecznego dobrobytu”, „Biuletyn ekonomiczny GAP”, Nr 3, 12 czerwca 2007 r.
8. A.Z. Gusiew, „Prywatna służba zdrowia!?”, <http://www.rog.com.pl/sluzbazdrowia.htm>, Data dostępu: 21 sierpnia 2008 r.
9. Ł. Raciborski, „Krok do przodu, trzy kroki do tyłu”, <http://www.krytykapolityczna.pl/Naszym-zdaniem/Raciborski-Krok-do-przodu-trzy-kroki-do-tylu/menu-id-34.html>, 25 stycznia 2008 r.
10. W. Gadomski, „Reforma zdrowia nigdy się nie kończy”, „Gazeta Wyborcza”, 21 czerwca 2008 r.

11. A. Grimaldi, T. Papo, J.-P. Vernant, „Służba zdrowia dla wybranych?”, „Le Monde Diplomatique – edycja polska”, Nr 3 (25), marzec 2008 r., tłum. Agata Łukomska.
12. Tamże.
13. R. G. Holcombe, „A Theory of the Theory of Public Goods”, „Review of Austrian Economics”, Nr 10 (1), 1997.
14. S. Owsiak, „Finanse publiczne”, PWN, Warszawa 2000.
15. A. Grimaldi, T. Papo, J.-P. Vernant, art. cyt.
16. W. Gadomski, art. cyt.
17. Tamże.
18. „79 Million Have Trouble Paying Medical Bills”, <http://www.democracynow.org/2008/8/21/headlines#1>, 21 sierpnia 2008 r.
19. T. Ciborowski, „Podwyżki dobrym lekiem”, „Trybuna Robotnicza”, 4 lipca 2007 r.
20. „How Does the United States Compare”, OECD Health Data 2008, <http://www.oecd.org/dataoecd/46/2/38980580.pdf>
21. E. Krakowińska, „Analiza wydatków na ochronę zdrowia w Polsce i w wybranych krajach Unii Europejskiej”, „Studia i Materiały”, Wydział Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, Nr 1/2006.
22. P. Białyński-Birula, „Reforma służby zdrowia w Niemczech – modyfikacja czy zmierzch systemu kas chorych?”, „Biuletyn ekonomiczny GAP”, Nr 2, 21 kwietnia 2007 r.
23. M. Wystański, „Ochrona zdrowia – powszechny dostęp, równa jakość”, <http://www.lewica.pl/index.php?id=14282>, 18 lipca 2007 r.
24. Tamże.

25. P. Białyński-Birula, Reforma..., art. cyt.
26. Ł. Raciborski, art. cyt.
27. Tamże.
28. W. Gadomski, art. cyt.
29. P. Białyński-Birula, „Zadłużenie szpitali – nierozwiązywalny problem?”, „Biuletyn ekonomiczny GAP”, Nr 1, 4 marca 2007 r.
30. Z. Partyka, „Wstęp do zarysu stanowiska w sprawie służby zdrowia”, <http://lewica.pl/index.php?id=15025>, 27 października 2007 r.
31. P. Białyński-Birula, „Równość sektorów w ochronie zdrowia”, „Biuletyn ekonomiczny GAP”, Nr 1, 4 marca 2007 r.
32. Z. Partyka, art. cyt.
33. M. Gdula, Ł. Raciborski, „Zdrowie – wyzwanie polityczne”, „Krytyka Polityczna”, Nr 14 (2007/2008).
34. T. Ciborowski, art. cyt.
35. Z. Partyka, art. cyt.