

WYWIAD MIESIĄCA

Zdrowie Polaków – odpowiedzialność Państwa

Z **Bolesławem Piechą**, sekretarzem stanu w Ministerstwie Zdrowia rozmawiają: Włodzimierz W. Sukiennik – redaktor naczelny, Wojciech Romanowicz – sekretarz redakcji oraz Jerzy Barański – doradca zarządu Europejskiego Stowarzyszenia Promocji Zdrowia "PRO – SALUTEM".

- Panie Ministrze, w chwili opublikowania tego wywiadu pracownicy służby zdrowia powinni dostać obiecane podwyżki. Czy pieniądze nie okażą się wirtualne?

- Pieniądze są realne. Natomiast nie jest dopracowany kształt prawa, które przekazuje te środki do zakładów opieki zdrowotnej. To one a nie minister zatrudniają lekarzy, pielęgniarki. Niektórzy mogą być rozczarowani, ponieważ ustawa operowała pojęciem uśrednienia kosztów. To pierwsza rzecz, która wymaga zmiany. Pieniądze są i to realne. W tym roku na te cele zagwarantowany mamy miliard złotych. Są też zapewnione pieniądze na rok przyszły. Nie ma zagrożenia żeby one nie wpłynęły. Tyle tylko, że wyczerpana zostanie możliwość rozwoju. Wszyscy oczekują najlepszych metod leczenia. Aby móc korzystać z nowych technologii trzeba najpierw zainwestować a są to sprawy kosztowne. Także wprowadzenie nowych procedur, które mogą ułatwić pracę wymaga wydatków. Liczymy, że w następnych latach nastąpi przynajmniej podobny wzrost nakładów na służbę zdrowia. Tych pieniędzy trzeba szukać. Gdzie? Wśród obywateli. Nie ma innej możliwości. Albo w formie składki albo poprzez wzrost obciążeń podatkowych. Warto może pomyśleć o przesunięciach budżetowych. Ogromne środki płyną na przykład do ludzi, którzy zarejestrowali się jako bezrobotni, tylko po to by być ubezpieczonymi. Kolejnym źródłem pozyskania środków może być restrukturyzacja służby zdrowia, skomasowanie zakładów opieki zdrowotnej, zwłaszcza tych najkosztowniejszych czyli tzw. szpitali ostrych, gdzie diagnostyka i leczenie są kosztowne i intensywne. Szpitale te wymagają bowiem wyposażenia w drogą aparaturę, zaopatrzenia w drogie leki. Nie bez znaczenia jest też konieczność zatrudnienia

wysokokwalifikowanych specjalistów. O to w sytuacji otwarcia rynków Unii Europejskiej jest coraz trudniej.

Jakie są kryteria podziału tych środków?

- Pieniądze przeznaczone mają być wyłącznie na podniesienie płac. Natomiast relacje pracowników i związków zawodowych z pracodawcami bywają różne. Nieraz układają się bardzo dobrze ale bywają też napięcia. Generalnie górna granica podwyżki nie może przekroczyć 40 procent. Może nie wszystkich to zadowoli ale takie mamy środki...

Czyli na zatrzymanie odpływu kadr na zachód nie można chyba liczyć?

- Te podwyżki nie są tylko po to by zatrzymać pracowników. Patrząc na siedemnastoletnią historię są one największym krokiem w zbliżeniu płac do poziomu rozwiniętych demokracji europejskich. Zdajemy sobie sprawę, że nie są wystarczające. Jednak nie wydaje mi się by poziom płac był to jedynym czynnikiem migracji fachowych pracowników medycznych. To problem wielowątkowy. Z Europy Zachodniej lekarze wyjeżdżają masowo do Stanów Zjednoczonych. Nasi... na Zachód.

- A do nas wkrótce przyjadą ze Wschodu?

- To nie jest wizja realna. Ich kwalifikacje, ich sposób szkolenia odbiegają od naszych standardów. W Polsce jest kilkanaście Akademii Medycznych gdy w Gruzji ponad 50. Nie obrażając nikogo ale biorąc pod uwagę skomplikowany proces kształcenia tamtejszy lekarz na naszym rynku może nie być ... pełnowartościowy.

- Czy zdaniem Pana ministra dla wysokokwalifikowanego specjalisty ze sporym stażem, szefa kliniki nie jest upokarzające otrzymywanie 3,5 tys. zł netto wynagrodzenia i dorabianie w prywatnych przychodniach?

- W krótkim czasie dogonienie płac państw zachodu nie jest realne. I z pewnością nie będzie równomierne. Inne są bowiem realia wielkich aglomeracji i na przykład tzw. „ściany wschodniej”, gdzie wygenerowanie odpowiednich środków długo nie będzie możliwe. - Pieniądze pochodzą z dwóch źródeł. Z budżetu i z ubezpieczeń, tzn. że przeznaczone są na określony konkretnie cel. Płace nie rosną jak by wynikało z notowanego wzrostu gospodarki. Rosną wolniej to i składka na ubezpieczenie zdrowotne też rośnie wolniej niż PKB. My oparliśmy finansowanie służby zdrowia na PIT. Tymczasem wzrost podatków nie jest dziś w Polsce możliwy, a tym samym składki zdrowotnej.

- Jest Pan minister współtwórcą sztandarowego programu PiS „Odpowiedzialność Państwa za zdrowie Polaków”. Realizację pewnych elementów tego programu już powinniśmy odczuwać.

Mimo wszystkich problemów nakłady na opiekę zdrowotną w przyszłym budżecie podniesione zostaną o 5 mld zł. Po części udało się uporządkować politykę lekową. Nikomu na świecie nie udało się, tak jak nam, obniżyć ceny leków produkowanych przez największe koncerny farmaceutyczne. Przygotowane i złożone w rządzie są ustawy porządkujące system Narodowego Funduszu Zdrowia. Liczymy bardzo na uproszczenie kontraktowania usług medycznych. Szczegółową umową należałoby objąć około 20 proc. najbardziej skomplikowanych procedur. Reszta powinna być traktowana jako hospitalizacja na konkretnym oddziale np. wewnętrznym – bez względu czy to zapalenie płuc czy zapalenie oskrzeli. Koszty leczenia są podobne w bardzo wielu przypadkach. Tymczasem stosunkowo łatwo jest zawyżyć poziom kosztów. Przy tysiącach wydarzeń dziennie weryfikacja wydatków nie jest realna. Liczymy na efekty wyliczenia kosztów świadczeń przez Agencję Oceny Technologii Medycznych, w postaci przedstawienia koszyka świadczeń. Mamy też zaawansowaną sprawę uporządkowania sieci szpitali. Udało nam się też przeznaczyć spore środki na promocję zachowań prozdrowotnych wśród kobiet. Co ciekawe - zetknęliśmy się z poważnym zjawiskiem – z pieniędzy nie zawsze potrafimy korzystać! System jest absurdalny. Składki są ujednolicone procentowo od dochodów i wszystkim należy się

świadczenie. Czy korzysta z profilaktyki czy nie! Czy dba o zdrowie czy upija się na umór, pali albo zażywa narkotyki!

Może zróżnicowanie składek wpłynęłoby na wymuszenie działań prozdrowotnych. Ale ustawa tego nie przewiduje! W systemie bywają najróżniejsze trudne do rozwiązania problemy, z których pacjent nie musi zdawać sobie sprawy. W Szwecji badania oceniają technicy a tylko niewielki procent wątpliwości rozstrzygają specjaliści, bo to jest zbyt kosztowne. U nas nie ma takich kadr techników więc angażujemy do tych zadań wysokokwalifikowanych i odpowiednio wyżej opłacanych specjalistów.

- Nie trudno jest też udowodnić, że z powodów działań biurokratycznych sporo środków jest marnotrawionych i w efekcie wzrost nakładów nie przekłada się na jakość usług. Dwa lata temu w ramach procedury po ciężkiej operacji ze skierowaniem poradni szpitalnej wykonywało się CT. Dziś wymaga to co najmniej kilku rutynowych, niczemu nie służących, a w sumie kosztownych wizyt w różnych gabinetach. Samego faktu potrzeby takiego badania nikt nie kwestionuje i do niego w końcu dochodzi. „Takie mamy nowe rozporządzenie” – słyszy pacjent!

- To co miało być fundamentem reformy – najbardziej kuleje. Dalej lubimy się leczyć w szpitalu, u drogiego specjalisty. Tymczasem nie zawsze potrzebny jest specjalista albo karetka pogotowia. Na Zachodzie taka sytuacja jak u nas nie jest możliwa. Do szpitala trafia się bezpośrednio tylko w przypadku zagrożenia życia, w celu operacji. „Furtką” do szpitala miała być także u nas podstawowa opieka zdrowotna. Brak jest jednak rozpisania zadań tej opieki i ich konsekwentnego egzekwowania.

Czasem odesłanie do specjalisty jest bronią stosowaną przez lekarzy w przypadku wątpliwości co do słuszności swego postępowania. Natomiast brak jest na przykład dopracowanej procedury prowadzenia pacjenta po operacji onkologicznej. I spór kto ma zapłacić za badanie CT jest dziś nagminny.

- Czyli zdaniem Pana ministra biurokracja nie wzrosła?

- Ta biurokracja rośnie ponieważ żąda się coraz więcej najróżniejszych rozliczeń. Ale nie ma co się dziwić, chodzi tu o 40 mld zł pieniędzy publicznych. Zatem te rozliczenia nie mogą być na piękne oczy.

- Pieniądze miały iść za pacjentem. Tymczasem jak ktoś trochę złośliwie zilustrował dzisiejszą sytuację – już w połowie roku możemy usłyszeć: „na wyrostek już nie ma środków, czy reflektuje pan na amputację nogi?”.

- Ja jednak myślę, że takich zdarzeń nie ma. Oczywiście istnieją świadczenia limitowane, i to jest zmora naszych szpitali. W przypadku zagrożenia zdrowia i życia generalnie nie ma żadnych problemów. Pojawiają się one w przypadku procedur dających się zaplanować. Na przykład w kolejki ustawiają się oczekujący na protezy. Ale zweryfikować kolejki nie można, bo pacjenci na wszelki wypadek zapisują się w dziesięciu różnych miejscach. To sprawa właściwego systemu informacji.

- Ten problem rozwiązał by zapewne rejestr usług medycznych?

- Częstkowe informacje już są zebrane. Ale ich weryfikacja i uzupełnienie wymaga kosztownego systemu informatycznego. Przy tym klimat wokół informatyzacji, po zdarzeniach w ZUS, nie jest najlepszy. Do tego dochodzi problem braku kompetencji. Informatyk dostarcza znakomity komputer o ogromnych możliwościach, z setką programów, gdy nam potrzeba tylko pięciu konkretnych. Dobry system informatyczny byłby w stanie wygenerować jakieś efekty, gdyby przy jego pomocy powstał raport zbierający poszczególne dane. Ale też pozwoliłby na przykład wytropić i zablokować próbę wykupu po raz kolejny tej samej, dobrze skopiowanej recepty. Widocznie istnieje jakiś błąd w myśleniu, albo też brakuje dobrej woli.

- Służba zdrowia w naszej świadomości istnieje jako bezpłatna. Czy zatem prywatyzacja może być panaceum na wszystkie jej bolączki?

- Prywatyzacji w wydaniu takim, że pieniądz idzie za pacjentem czyli w dosłownym rozumieniu dopłata do pensji lekarza - nie istnieje nigdzie. W każdym państwie istnieją ogromne obwarowania prawne. Gdyby zaistniał wymóg ujednoczenia i koordynacji systemów w ramach Unii Europejskiej mielibyśmy duże kłopoty. Po drugie, na takim rynku, który jak gąbka może wessać wszystko wiele osób znalazło by się poza systemem opieki zdrowotnej. Oferta usług byłaby dla nich minimalna. Sytuacja służby zdrowia byłaby wkrótce taka jak, za przeproszeniem, stan uzębienia ludzi na "ścianie wschodniej", gdzie zębów się nie leczy a co najwyżej wrywa. Tak chętnie odwołujemy się do przykładów działania służby zdrowia na przykład w Stanach Zjednoczonych. Ale budżetami federalnymi nie jest tam objęte około 40 mln ludzi. Na przykład w Szwecji wszystkie apteki są państwowe. A procedury postępowania z pacjentami są nie do podważenia.

Masowa prywatyzacja jest ogromnie ryzykowna i nie wiem czy w ogóle ze względów społecznych możliwa. Także świadomości zakodowanej przez lata nie jest łatwo zmienić. Prywatyzacja to modne hasło wśród ludzi młodych, którzy jeszcze się nie leczą i dobre dla tych, którzy mają dużo pieniędzy. Ale i ich szokuje, gdy poda im się informacje co do faktycznego stanu kosztów terapii, poniesionych przez szpital w konkretnym przypadku. Bo uogólnienia nie mają sensu. Zawał może być tani, gdy kończy się szybkim zejściem. Ale nieraz połączony jest z ciężkim wylewem i wegetacją pacjenta przez dziesięć lat. Chętnie o wszystko obwinia się służbę zdrowia ale tam gdzie są te „lepsze” systemy obwinianiem zajmują się prawnicy. Natomiast w przypadku skorzystania w sytuacji losowej z tamtego systemu często zmieniamy zdanie, co do jego doskonałości. Nieraz wysyłamy kogoś na operację, której nie wykonuje się u nas. W jednym z przypadków ustalono koszt na 250 tys. dolarów. Gdy podjęliśmy próbę negocjacji koszt wzrósł do 290 tys. Więcej nie dyskutowaliśmy. Zapłaciliśmy. Pacjentka nie dożyła operacji. Wkrótce przyszedł rachunek na kolejne 250 tys. Ciekawe czy w podobnej sytuacji pacjent amerykański płacący pół miliona dolarów wyegzekwował by gwarancje zapewnienia zdrowia i życia oraz ewentualne odszkodowanie, zapewne tak.

- Jakie inne bariery, poza pieniędzmi, hamują reformę systemu służby zdrowia w ocenie Pana ministra?

- Pierwszy problem dotyczy naszej mentalności. Cechuje nas zbyt duża niecierpliwość. Wszystkiego chcemy od zaraz. Ponadto ciągle pojawiają się konflikty interesów. Nagminne jest przerzucanie kosztów. Oczywiście wszystko nam się należy. Problem dotyczy zarówno lekarzy jak i pacjentów. Wielką bolączką jest brak integracji systemu i logicznych procedur prowadzenia pacjenta. Efektem tego jest brak ciągłości opieki. Pacjent w konsekwencji chodzi od placówki do placówki, odwiedza niepotrzebnie izby przyjęć i gabinety, fikcyjnie zajmuje łóżko, wykonuje niepotrzebne nieraz badania. Nieład wprowadza też do systemu niekontrolowany rozwój świadczeniodawców. Nie neguję pozytywnej często roli takich placówek. Ale skąd tu nagle znaleźć środki na refundację ich wydatków.

- Szybkie i efektywne rozwiązanie tych problemów wydaje się koniecznością.

- Realizacja naszego programu ma charakter długofalowy. Chcemy dotrzeć do świadomości Polaków, tak by zrozumieli, że im się należą świadczenia finansowane z pieniędzy publicznych. Ale jednocześnie, by zdawali sobie sprawę, że nie wszystkie, że są pewne ograniczenia. Ograniczenia dotyczą także sieci szpitali. Część z nich musimy zamykać. Chcemy, by w każdym województwie było ileś szpitali ale takich, które mają szansę rozwijać się. I by miały one pewny, stały kontrakt. Największy problem z jakim musimy się zmierzyć dotyczy deficytu ludzi – lekarzy i pielęgniarek. Trudno zapewnić im w pełni satysfakcjonujące płace. A do tego jeszcze dyrektywy unijne wprowadzą wymóg ograniczenia czasu pracy! Tego problemu nie rozwiąże się przy pomocy mnożenia uczelni medycznych, bo pojawia się pytanie czy osoba, która skończyła studia w Wólce Większej, nie koniecznie całkiem zgodne z dyrektywami Unijnymi, może w ogóle dostać dyplom.

- Praca w służbie zdrowia kojarzy się z wypełnianiem misji. Tymczasem rządzą tutaj Panie ministrze brutalne prawa ekonomii.

- To jest po prostu ciężka praca. Misją jest zapewnienie właściwego stanu zdrowotności ludzi. Natomiast otoczka prawna tej niezwykle delikatnej materii jest w całym świecie ściśle regulowana w każdym aspekcie. My stosunkowo niedawno wyszliśmy z zupełnie innego systemu, stąd u nas te napięcia i trudności. Świat się otworzył. Wydaje się piękny. Ale także tamtejsze realia, jak już mówiliśmy, bywają czasem szokujące. „Bo my byliśmy z biednej Polski” – szukamy usprawiedliwienia kiepskiego traktowania, gdy coś nam się wydarzyło podczas zagranicznego urlopu. To nie jest prawda, nasze ubezpieczenie w pełni pokrywa wykonane tam świadczenie. Czasem nawet nie możemy doczekać się porządnej specyfikacji wykonanego tam leczenia! Ale nasze oczekiwania kreowane są przez najróżniejsze doniesienia prasowe. Jest moda na pięknych, młodych, sprawnych. W tej wizji brak miejsca dla ludzi chorych. Napięci pojawiają się gdy idealny obraz zakłóca rzeczywistość. Mamy jedno ograniczenie, póki co jesteśmy śmiertelni!

- W imieniu Kolegium Kuriera Medycyny oraz kierownictwa Europejskiego Stowarzyszenia Promocji Zdrowia "PRO – SALUTEM" dziękujemy za dzisiejszą, interesującą rozmowę oraz życzymy Panu ministrowi wielu sukcesów w realizacji reformy systemu opieki zdrowotnej w naszym kraju, deklarując zarazem gotowość współpracy ze strony naszych ekspertów w tej jakże ważnej sprawie!