



Rozmowa z Maciejem Hamankiewiczem, prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej

Nie uważa pan, że to krzywdzące: oto dzięki dyrektywie transgranicznej już od października tego roku będę mógł żądać zwrotu przynajmniej części pieniędzy za świadczenie udzielone mi przez lekarza Niemca czy Czecha, za granicą. Ale nie będę mógł domagać się tego samego, gdy świadczenie zostanie mi udzielone w Polsce. To przecież jawna dyskryminacja polskich lekarzy.

To rzeczywiście krzywdzące dla polskich lekarzy, przynajmniej tych, którzy nie zamierzają przenieść swoich gabinetów tuż za granicę, na przykład do czeskiego Cieszyna czy Frankfurtu nad Odrą. Ale my nie mamy nic przeciw dyrektywie transgranicznej, zauważamy jej bardzo dobre strony. Niczego nie zmieni ona od razu, ale otworzy szereg możliwości, które bez niej na długie lata pozostałyby dla nas zamknięte. Boli sposób, w jaki jest wprowadzana, w jaki polskie urzędy starają się ograniczyć jej działanie. Ale z drugiej strony – może lepiej

wstrzymać się z gorącymi protestami w tej sprawie, żeby nie utracić korzyści, jakie daje polskim lekarzom i pacjentom.

O jakich korzyściach mówimy?

Choćby o konsekwencjach dla funkcjonowania systemu refundacji leków w Polsce, które jest chore. Spójrzmy na przykład na leki na cukrzycę. Dotychczas wielu polskich pacjentów pozbawionych było dostępu do najnowocześniejszych terapii. Tańsze leki NFZ refundował w całości. Gdy chcieli skorzystać z droższych leków, państwo odmawiało choćby grosza dopłaty, pacjent musiał płacić sto procent ceny. Teraz to się zmieni. Pacjent otrzymaną receptę będzie mógł zrealizować w Czechach, Niemczech, na Litwie. Państwo nie zwróci mu całości, ale będzie zmuszone oddać część – równowartość tego, co i tak wydałoby na lek tańszy, w Polsce refundowany. Budżet państwa zatem nie straci, chory zyska możliwość dopłaty i częściowego zwrotu – o co orga-

nizacje pacjenckie upominały się od lat. Jest więc krok we właściwą stronę i w sprawie leku na przykładową cukrzycę, i tysięcy innych schorzeń.

Krok we właściwą stronę, rzeczywiście można i tak na to spojrzeć. Tylko dlaczego, by go dokonać, trzeba fizycznie opuścić RP, wybrać się za granicę, dać zarobić nie polskiemu, ale zagranicznemu aptekarzowi. Nie można tego kroku od razu postawić w naszych granicach?

Okazuje się, że – jak udowadnia NFZ i ministerstwo – nie można. Ale absurd obowiązującego prawa natychmiast stanie się widoczny, natychmiast pojawią się naciski, by ten absurd zlikwidować. Ministerstwo Zdrowia nie będzie w stanie obronić tezy, że w interesie lekarzy, pacjentów i aptekarzy są zagraniczne wycieczki po leki. Nareszcie dojdzie więc do zmian i sądzę, że stanie się to szybciej, niż nam się wydaje.

Jednak na początek polscy lekarze tracą.

Stracą. I stracą również pacjenci – choćby na bilety kolejowe do Frankfurtu. Tak się bowiem składa, że w Polsce wszystko to, co uderza w lekarza, prędzej czy później negatywnie odbija się na pacjencie. Tak było choćby w wypadku ustawy refundacyjnej.

Lekarze protestowali, obawiali się wypisania recepty z ulgą, wobec tego wypisywali stuprocentowe. Tracił pacjent – finansowo.

Tak. I lekarz, i pacjent. Uprawnienie refundacyjne to wyłączna prerogatywa pacjenta, nie lekarza. Wbrew tej logice fundusz starał się – i stara – wymusić na lekarzach odgrywanie roli kontrolera tej prerogatywy. I to na dodatek nie wyposażając go w odpowiednie narzędzia kontrolne. Ta próba wymuszania na lekarzach pełnienia dodatkowego obowiązku, próba zastraszenia skończyła się źle także dla pacjentów. Przykłady można mnożyć. Choćby sposób, w jaki NFZ uderzył w lekarzy prowadzących poradnie specjalistyczne w Polsce gminnej i powiatowej. Wyobraźmy sobie lekarza, np. ginekologa, dojeżdżającego raz w tygodniu do małej miejscowości gminnej. W ciągu tego jednego dnia mógł przyjąć wszystkie pacjentki, pomóc na miejscu w drobniejszych sprawach, a na dokładniejsze badania kierować do innych ośrodków. Fundusz zatroszczył się o to, by to się zmieniło. Zniesiono możliwość ustalenia innego harmonogramu pracy przychodni niż trzy razy w tygodniu po cztery godziny dziennie, który byłby dostosowany do ilości zakontraktowanych świadczeń. Skutek jest taki, że w przychodni w małej miejscowości, gdzie przychodzi kilku pacjentów w tygodniu, lekarz ma być dostępny trzy razy. To ewidentne uderzenie w lekarza, ale odbijające się na pacjentach. Teraz nawet w najdrobniejszych sprawach muszą dojeżdżać do większych ośrodków.

Czy nad polską ochroną zdrowia zbierają się czarne chmury?

Obecny system funkcjonuje źle, a gdy mówimy o zbieraniu się czarnych chmur, wskazałbym na to, że finansowanie ochrony zdrowia jest ściśle uzależnione od wpływu składki na NFZ. Gdy więc tylko mamy do czynienia ze złą koniunkturą gospodarczą, z kryzysem, natychmiast przekłada się to na niższy wpływ ze składek, a więc i mniej pieniędzy na zdrowie. W ten sposób ściśle uzależniono finansowanie leczenia od stanu gospodarki. A to bardzo poważny błąd. Gospodarka raz ma się lepiej, raz gorzej – i takie cykle hoss i bess są dla niej naturalne. Zupełnie inaczej jest ze stanem zdrowia pacjentów – ci chorują niezależnie od tego, czy mamy kryzys czy nie. I do tego musimy dostosować mechanizmy regulujące dopływ środków do ochrony zdrowia, wprowadzić za-

„ Z uwagą i należnym staraniem wsłuchuję się w argumenty, które padają w debacie o kodeksie etyki lekarskiej. Ale chciałbym zaproponować dodatkową debatę na temat innego kodeksu – etyki urzędnika ochrony zdrowia ”

bezpieczenia, ubezpieczenia. Bez nich stajemy się bezbronni wobec kryzysu. Jedno, co może w obecnej sytuacji dobrze rokować na przyszłość, to fakt, że kryzys nam to unaocznia. Może to przekona decydentów do zmian.

Ale zamiast debaty o zabezpieczeniach i ubezpieczeniach mamy debatę o kodeksie etyki lekarskiej.

Z uwagą i należnym staraniem wsłuchuję się w argumenty, które padają w tej debacie. Ale chciałbym zaproponować dodatkową debatę na temat innego kodeksu – etyki urzędnika ochrony zdrowia. Wśród wskazań wymieniałbym na przykład „odpowiadaj na pisma w terminie”, „miej zawsze interes pacjenta jako nadrzędny” itp. Byłoby tam również miejsce dla zasady „po pierwsze – nie szkodzić”. Niestosowanie się do tych zaleceń powoduje naprawdę silne perturbacje w polskiej ochronie zdrowia. Będę ten pomysł przedstawiał na najbliższym posiedzeniu prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.

Rozmawiał: Bartłomiej Leśniewski