

GŁOWY W PIASKU

Rozmowa z Andrzejem Włodarczykiem, byłym wiceministrem zdrowia

Mimo choroby zdecydował się pan kandydować w wyborach do Naczelnej Rady Lekarskiej. Wygrał pan.

To powód do satysfakcji. Podczas pobytu w szpitalu jednym z najważniejszych problemów było dla mnie odizolowanie związane ze specyfiką leczenia. Dziś mój stan specjaliści określają słowami „faza ozdrowieńcza”. Nie ma więc kłopotu z kontaktem z rodziną, bliskimi, znajomymi, jeśli są przestrzegane zasady, które polegają głównie na unikaniu potencjalnych źródeł infekcji [z powodu braku odporności po przeszczepie – przyp. red.]. Ale po tak długim leczeniu pojawia się także głód kontaktu ze sprawami publicznymi, z projektami prowadzonymi w życiu, w pracy zawodowej. Skoro pierwszy etap „fazy ozdrowieńczej” owocował powrotem do kręgu bliskich, drugi musi owocować powrotem do spraw publicznych. I cieszę się, że udało mi się postawić ten drugi krok, zwłaszcza że forum, jakim jest Naczelna Rada Lekarska, bardzo cenię.

Zaznaczmy, że rozmawiamy kilka tygodni po przeszczepie szpiku. Choruje pan na szpiczaka mnogiego.

Trudno być pacjentem, trudno z dnia na dzień znaleźć się w sytuacji, w której aktywny uczestnik ży-

cia publicznego, prywatnego staje się człowiekiem odizolowanym od świata. Przez długie tygodnie jedynie mój kontakt z innym człowiekiem polegał na krótkich wizytach lekarzy lub pielęgniarek. Byli ubrani jak na sali operacyjnej, czyli w fartuchach, czapkach i maskach, nie mogłem nawet wyczytać niczego z ich twarzy, tylko z oczu.

Izolacja nie była przecież pełna. Miał pan do dyspozycji internet, telefon komórkowy, telewizor.

Proszę sobie wyobrazić, że i z tego korzystałem w ograniczonym zakresie. Szczególnie po chemioterapii i typowych powikłaniach po niej, które w moim wypadku spowodowały brak chęci i sił na normalny kontakt ze światem. Jeżeli dodam, że po drugim cyklu chemioterapii wystąpiło u mnie powikłanie w postaci polineuropatii polekowej, a w czasie pierwszego pobytu w szpitalu, gdy pobierano mi komórki macierzyste, doszło zakażenie wewnątrzszpitalne, to można powiedzieć, że byłem żywym potwierdzeniem reguły o powikłaniach dotyczących pracowników ochrony zdrowia... Chciałbym podziękować lekarzom i pielęgniarkom, którzy mnie leczyli, za naprawdę profesjonalną pomoc, której mi udzielono. W pewnym sensie to, że rozmawiam z panem dziś, to cud medycz-


ny. Ale ten cud nie byłby możliwy, gdyby nie lekarze i pielęgniarki.

Nie mogę nie zadać tego pytania. Jest pan współarchitektem polskiego systemu ochrony zdrowia. Jak ocenia pan ten system z perspektywy pacjenta?

Jestem współarchitektem w bardzo ograniczonym zakresie. Usiłowałem ten system zmieniać, reformować – nie zawsze z powodzeniem. Jako pacjent nie mam jednak żadnych zastrzeżeń, lecz czuję ogromną wdzięczność. Ale wiem, że specyfika i rzadkość mojej choroby spowodowały, że byłem leczony w ośrodkach najwyższego stopnia referencyjności, gdzie opieka i terapia są na światowym poziomie. Nie w wypadku każdej choroby pacjent może być i jest leczony jak ja i ten stan rzeczy należy wreszcie zmienić.

To trudny moment dla środowiska lekarskiego. Właśnie lekarze obwiniani są przez ministerstwo o niesprawność systemu ochrony zdrowia. Bo pracują za dużo, bo zbyt zależy im na pieniędzach, bo prowadzą niejasne interesy, przyjmując raz w gabinetach publicznych, raz w prywatnych.

Obserwuję to ze zgrozą i nie mogę oprzeć się wrażeniu, że nagonka na lekarzy – bo tak należy nazwać to zjawisko – to przemyślana kampania, strategia działań *public relations*, marketingu politycznego. Proszę zwrócić uwagę, że Polacy nie są za-



**NIE W PRZYPADKU KAŻDEJ CHOROBY PACJENT MOŻE BYĆ
I JEST W POLSCE TAK LECZONY JAK JA
I TEN STAN RZECZY NALEŻY WRESZCIE ZMIENIĆ.**

dowoleni z funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Ocena jest jednoznacznie zła, ale o taką jednomyślność trudno, gdy mowa o recepcie na uzdrowienie systemu. Partie polityczne konkurują tu na pomysły – od idei liberalnych po przeczącą im koncepcję powrotu do upaństwowienia ochrony zdrowia.

W Polsce już trzy rządy – no, może „dwa i pół” – upadły przez ochronę zdrowia. Ugrupowanie skupione wokół premiera Jerzego Buzka nie wytrzymało krytyki po uruchomieniu kas chorych. Rząd SLD nie wytrzymał z kolei niezadowolonia związanego z powołaniem i sposobem działania Narodowego Funduszu Zdrowia. Mówiąc „dwa i pół”, za „pół” uważam rząd Jarosława Kaczyńskiego po protestach lekarzy, a potem pielęgniarek w „białym miasteczku”. Owe protesty co prawda nie były bezpośrednią przyczyną upadku rządu, ale walenie się do niego przyczyniły.

Rząd Donalda Tuska będzie zatem następnym, który upadnie na skutek zaniedbań w ochronie zdrowia?

W swoim mniemaniu ten rząd robi wszystko, by tego uniknąć. Ale mając takie mniemanie, jest w błędzie. Minister Arłukowicz najwyraźniej w świecie nie robi nic, by poprawić system. I myślę, że jest to akceptowane przez jego ugrupowanie, które boi się podjęcia jakichkolwiek działań. Powodowany obawą minister nie robi nic, czym z kolei naraża się na słuszny zarzut, że toleruje błędy, zły system. Ale być może z kalkulacji politycznych koalicji rządzącej wynika, że ta tolerancja jest wygodna, że kara, którą wymierzą za to wyborcy podczas głosowania, będzie mniej dotkliwa niż skutek reformy i krytyki za podjęte działania. Boję się, że to jest właśnie przyczyną marazmu w polskiej ochronie zdrowia. To źle, bo potrzebne reformy zostaną odłożone na przyszłość i mogą być tak odkładane w nieskończoność.

**NIE MOGĘ OPRZEĆ SIĘ WRAŻENIU,
ŻE NAGONKA NA LEKARZY – BO TAK NALEŻY NAZWAĆ
ZJAWISKO, KTÓRE OBSERWUJĘ – TO PRZEMYŚLANA
KAMPANIA, STRATEGIA DZIAŁAŃ PUBLIC RELATIONS,
MARKETINGU POLITYCZNEGO**

Wróciłbym do kwestii lekarzy. Moim zdaniem, postawa rządzących jest taka: skoro system jest niedobrze oceniany, a jednocześnie nie mamy woli jego zreformowania – należy wytłumaczyć społeczeństwu, wyborcom, pacjentom, dlaczego jest źle. Nie zmieniając nic, poszukać winnego wychodzących ciągle na jaw błędów i katastrof. Kalkulacja polityczna podpowiada „nie atakujmy całego systemu, bo obróci się to przeciw nam”. Ta sama kalkulacja mówi też „ale wytłumaczyć przyczynę porażek trzeba”. Stąd atak na lekarzy, a po nich na pielęgniarki i inny personel medyczny. To bardzo groźne.

Bo podważa zaufanie pacjenta do lekarza?

Tak, a to wielkie niebezpieczeństwo. Nie uważam, że pacjent bezwarunkowo i niezależnie od okoliczności powinien ufać każdemu lekarzowi. Ale przez lata wykształcił się mocno przemyślany, sprawdzony w praktyce system relacji między pacjentem a lekarzem. Przysięga Hipokratesa, Kodeks Etyki Lekarskiej, wytyczne, konsensusy, regulacje prawne. Bardzo boli mnie, że w Polsce ten dorobek jest odtrącany. Lekarza sprowadza się do roli „świadczoniodawcy”, pacjenta do roli „świadczeniobiorcy”, a na przykład szpital do roli „podmiotu leczniczego”. Język ekonomii, nie medycyny, oczywisty nadmiar technokracji, widoczny nie tylko w warstwie językowej, lecz także praktycznej. Lekarzy usiłuje się sprowadzić do roli wykonawcy instrukcji obsługi zawartej w przepisach NFZ i standardach.

Tymczasem określają one jedynie wskazania, tryb i sposób stosowania procedur lekarskich. Dla lekarzy mogą stanowić punkt odniesienia w ocenie metod i skutków terapii. Ale dobry lekarz potrafi rozróżnić, trafnie ocenić, kiedy ma postępować zgodnie z wytycznymi, a kiedy trzeba od nich odstąpić z powodów klinicznych. Wytyczne i przepisy NFZ w żadnym wypadku nie powinny być ultimatywnym nakazem. „Świadczoniodawca”, „wytyczne NFZ”, „procedury” – to utrudnia uchwycenie i zaordynowanie odpowiedniej terapii w chorobach współistniejących, a jednocześnie przeszkadza w budowie zaufania między lekarzem a pacjentem. Bo czy lekarz ma prawo nie brać pod uwagę całości sytuacji zdrowotnej? Jako pacjent



wolałbym być leczony, a nie poddawany procedurom. Na naszych oczach marnotrawiony jest dorobek pokoleń, dzięki któremu udało się wypracować optymalny poziom zaufania między lekarzami i pacjentami. A to zaufanie jest niezbędne do osiągnięcia odpowiedniego sukcesu terapeutycznego.

Rząd ma jednak pomysł: nie reformujemy systemu, ale metodami administracyjnymi skróćmy kolejki.

Każda metoda prowadząca do osiągnięcia takiego celu jak skrócenie kolejek jest dobra, może i administracyjna coś pomoże. Polski system ochrony zdrowia jest przede wszystkim skrajnie niedofinansowany, a dopiero potem źle zorganizowany. I to głównie brak pieniędzy

w kieszeni płatnika powoduje limity, a one z kolei – kolejki po zdrowie. Dziwię się jednak, że wysiłki podejmowane w tym kierunku są aż tak spóźnione. Mało kto zwraca uwagę, że pacjent oczekujący na operację także generuje koszty. Nie jest w stanie funkcjonować normalnie, bierze zwolnienie lekarskie i korzysta z zasiłku. Szybsza operacja zwiększa szansę na wyleczenie i powrót pacjenta do normalnych ról życiowych, dzięki czemu nie będzie potrzebował zasiłków chorobowych. NFZ, oszczędzając swój budżet systemem limitów i kolejek, wymusza uruchomienie ogromnych sum z budżetu ZUS na zasiłki chorobowe. Dla budżetu państwa to przelewanie z pustego w próżne, z punktu widzenia pacjenta – szkoda polegająca na opóźnieniu za-

biegu, narażająca na szwank jego zdrowie i powodująca dodatkowe cierpienia.

Jeśli zatem rząd chce metodami administracyjnymi ograniczać kolejki, to dobrze. Oby te metody przyniosły jak najlepszy efekt. Ale wątpię, czy przyniosą. Jako praktyk wiem, że metody administracyjne pomagają jedynie w niewielkim stopniu. Potrzebne są pieniądze i zmiany systemowe.

Dlaczego?

Bo cóż tymi metodami można uzyskać? Lepszą „administrację ruchem kolejek”. To trochę przypomina komitety kolejkowe z czasów PRL. Pilnowały, by nikt nie wpychał się, tworzyły listy kolejkowe, sprawdzały obecność. A kolejki jak były, tak były. Można zatem wprowadzić elektroniczny system rejestracji, nieco usprawnić kolejkowy ruch, podpowiadać, gdzie są wolne miejsca, gdzie jest krótszy czas oczekiwania, doradzać w tym zakresie, tyle że efekt póki co jest mizerny. Mizerny w porównaniu z tym, który mogłoby przynieść na przykład sprowadzenie koszyka świadczeń gwarantowanych do funkcji, którą powinien pełnić.

Koszyk to jedno z zagadnień w polskiej ochronie zdrowia, które dotyczą pana bezpośrednio. Mimo wielokrotnych *dementi* jest pan uważany za współtwórcę aktualnego koszyka...

Cóż mi pozostaje innego, jak złożyć *dementi* po raz kolejny. Autorem koszyka jest były prezes NFZ Jacek Paszkiewicz. Koszyk, który przygotowałem ja i moi współpracownicy, stanowił kontynuację idei prof. Religi i początkowo był akceptowany przez minister Ewę Kopacz. Ale zdecydowanie różnił się od obecnie stosowanego. Przypomnę, że w „naszym” koszyku miały być procedury, do których dopłacałby pacjent. Tamta praca w dużej części poszła na marne. Uwag oraz wysiłków konsultantów krajowych i zespołu Agencji Oceny Technologii Me-

dycznych, kierowanej wtedy przez dyrektora Waldemara Wierzbę, nie wzięto pod uwagę, a ja w tym samym czasie złożyłem rezygnację z funkcji wiceministra.

Skatalogowaliśmy około 18 tys. procedur medycznych opartych na EBM, rozpoczęliśmy tworzenie polskiego wykazu bazy świadczeń medycznych po to, by je realnie wycenić. Po to, by przestały obowiązywać wzięte chyba z kosmosu wyceny NFZ. Tymczasem ostatecznie decyzje polityczne były inne – absurdalne wyceny NFZ zostały przepisane do rozporządzenia dotyczącego koszyka. Ma to rozmaite, ciągnące się po dziś, negatywne reperkusje.

pacjentów, zamiast pomóc szybko i efektywnie. Bo za realną pomoc medyczną zapłata jest niewielka, a za dobę szpitalną spora. Mieliśmy i ciągle mamy szansę przerwać ten ciąg wzajemnych nielogicznych i nieuzasadnionych powiązań i wycen. Ale władze nie chcą tego zrobić. Dziwię się dlaczego, ale tolerują obecny system. On nie powinien trwać, to szkodliwe.

Jak zatem powinien wyglądać system? Co należy zmienić w pierwszej kolejności, co w drugiej?

Po pierwsze, trzeba uzyskać konsensus polityczny co do potrzeby zwiększenia finansowania ochrony zdrowia. Finansowanie w wysokości

szym systemie NFZ sam wycenia, rozpatruje odwołania i wymierza kary. Taka sytuacja nigdy nie kończy się dobrze. Zmieniłoby ją powołanie agencji do spraw taryfikacji i standardów, regulacji rynku ubezpieczeń medycznych.

Koszyk świadczeń gwarantowanych miał umożliwić wprowadzenie w Polsce ubezpieczeń dodatkowych.

Miał, ale w obecnym stanie ten koszyk utrudnia, ba, paraliżuje wszystkie próby ich wprowadzenia. Koszyk w teorii gwarantuje wszystko każdemu. Byłbym za tym, by wyciągnąć z niego wiele świadczeń, za które dotychczas państwo płaci, na przykład operację żylaków. Trwały rozmowy z konsultantami krajowymi, którą z operacji przesunąć do kategorii niegwarantowanych, a która gwarantowana być musi. Wszystko na nic, prace zostały przerwane ze względu na ówczesne decyzje polityczne. Koszyk jest olbrzymi, ale rząd nie jest zainteresowany publicznym ogłoszeniem, że go odchudza. Nie stać nas na sfinansowanie koszyka, ministerstwo i NFZ radzą sobie z tym problemem prowizorycznie, trzymając się kurczowo limitowania świadczeń – i koło się zamyka, mamy kolejki. Kolejki, w których Polacy dosłownie tracą zdrowie.

Doradza pan Twojemu Ruchowi. Dlaczego akurat temu ugrupowaniu?

Zależy mi na zreformowaniu ochrony zdrowia w kierunku, który ja i wielu ekspertów uważamy za właściwy. Twój Ruch ma koncepcję reformatorską.

Zostanie pan wiceministrem zdrowia po raz trzeci? Będzie pan ministrem? Chciałby pan tego?

Chciałbym, aby resortem zdrowia mogli kierować kompetentni ludzie, którzy chcą i potrafią zrobić coś dobrego dla polskich pacjentów i środowiska medycznego.

Rozmawiał Bartłomiej Leśniewski

Z PORAŻKI REFORMY RZĄDU PROF. BUZKA

TRZEBA WYCIĄGNĄĆ WNIOSKI: W POLSCE POWINNO DZIAŁAĆ

NIE 16 NIEZALEŻNYCH PUBLICZNYCH PODMIOTÓW,

LE CZ DWA, TRZY, MOŻE CZTERY.

Bo na przykład nie są premiovane zabiegi jednodniowe? Bo opłaca się pacjenta kłaść do szpitalnego łóżka, zamiast leczyć ambulatoryjnie? Jaki jest tego powód?

System wycen NFZ nie powstawał na podstawie realnej taryfikacji kosztów, lecz w drodze negocjacji między szpitalami, przychodniami i płatnikiem. Wielu urzędników NFZ zdawało sobie sprawę, że wyceny świadczeń są tak niskie, iż szpital nie przetrwa. I znajdowali obejście: owszem, w jednym miejscu szpitalom zabierzemy, ale dołożymy w innym, i oddział, a dalej cały szpital, a po nim system jakoś przetrwa. W drodze tego typu negocjacji i kompromisów powstał chory i kompletnie absurdalny system, w którym państwo płaci za to, za co nie powinno, a nie płaci za to, za co powinno. Szpitalom kalkuluje się na przykład długo trzymać

4,6 proc. PKB z budżetu państwa jest zdecydowanie niewystarczające i nie może pokryć rzeczywistych kosztów świadczeń medycznych gwarantowanych przez państwo. Poza tym trzeba zlikwidować monopol NFZ w ubezpieczeniach medycznych. Nie chodzi o likwidację centrali funduszu, deklarowaną przez rządzących. Jeżeli zlikwidujemy tylko centralę, zamienimy monopol ogólnopolski na 16 minimonopoli regionalnych. Z porażki reformy rządu prof. Buzka trzeba wyciągnąć wnioski: powinno działać nie 16 niezależnych publicznych podmiotów, lecz dwa, trzy, może cztery. Z pewnością nie kilkanaście. Prócz operatorów publicznych powinni być i niepubliczni. Należy umożliwić zawieranie ubezpieczeń dodatkowych. Rynek ochrony zdrowia powinien być regulowany, a funkcję regulatora trzeba oddzielić od funkcji płatnika. W dzisiej-