

Wydatki na zdrowie to tort. Trzeba go podzielić, by starczyło dla wszystkich

Agata Pustułka
a.pustulka@dz.com.pl



● Podstawą systemu ochrony zdrowia muszą być szpitale publiczne – mówi **dr Jacek Kozakiewicz**, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej z Katowic

Mamy przełomowy czas w ochronie zdrowia. Za „chwile” zniknie Narodowy Fundusz Zdrowia, niedawno na ulice wyszli lekarze – protestując nie tylko przeciwko niskim płacom, ale i niskim nakładom na ochronę zdrowia. Jednocześnie minister zdrowia Konstanty Radziwiłł przedstawia kolejne projekty ustaw, które mają wprowadzić „dobrą zmianę” w systemie. Jak widzi pan najbliższą przyszłość w ochronie zdrowia w Polsce?

Po pierwsze, nie znamy szczegółów propozycji ministra Radziwiłła. Trudno zatem komentować konkretne ich zapisy. Jeśli chodzi o gorący czas w polskiej ochronie zdrowia, to osobiście nie przypominam sobie specjalnie długiego okresu stabilizacji. Pracownicy zawodów medycznych protestują, bo nakłady na zdrowie od 2009 roku wciąż spadają: z 4,9 proc. PKB do 4,4 proc., co odbija się czkawką zarządzającym i lekarzom, a w konsekwencji oczywiście pacjentom. A tymczasem w krajach Europy Zachodniej wyznaczonym minimum zaangażowania państwa w ochronę zdrowia nie są już nakłady na poziomie 6 proc. PKB, ale 6,8. Ta skala na razie nie jest dla nas osiągalna, ale są obietnice i propozycje, jak je zrealizować. O wzroście dostępności usług i ich jakości nie można mówić w oderwaniu od finansów. O przyszłości ochrony zdrowia decydują – jak zawsze – ludzie i pieniądze. Nie chodzi o ciągłe zmiany, ale dokapitalizowanie medycyny. Współczesny lekarz nie może leczyć tylko dobrym słowem. Mamy deficyt lekarzy w Polsce. To bardzo trudny temat. Dodatkowo średnia wieku w niektórych specjalnościach, jak chirurgia i ginekologia-położnictwo, musi niepokoić nie tylko nas, lekarzy. Trzeba zatem nie tylko zwiększyć liczbę studentów, ale też szybko zmienić system szkoleń.

Powielu lat nauki można w zawodzie lekarza o stabilizacji mówić w wieku 40-50 lat?

W większości około 40. roku życia lekarza, lekarze „krzepną” zawodowo, robią specjalizację, więcej pracują, a przez to m.in. zaczynają lepiej zarabiać. Co jednak najważniej-

sze, o czym nasze środowisko mówi od lat, apeluje do ministrów, decydentów, o konieczność powiązania miejsca szkolenia z miejscem pracy. Obecnie jest tak, że lekarz przez kilka – 5-6, a nawet 7 – lat szkoli się w jednym szpitalu, wrasta w środowisko, zdobywa doświadczenie, zaufanie pacjentów, a potem nie ma tam nawet dla najlepszych miejsca, muszą zaczynać wszystko od nowa w nowej placówce, często odległej. To nieporozumienie zarówno ze względów ludzkich, zawodowych, jak i finansowych. Poza tym jesteśmy „rekordzistami Europy”, jeśli chodzi o liczbę specjalizacji. Jest ich aż 97. Zmusza się nas w obecnym systemie do patrzenia na pacjenta wycinkowo. To nie jest dobre. Dlatego mam nadzieję, że skoordynowana opieka medyczna nie pozostanie tylko pięknym hasłem, ale zacznie funkcjonować w szpitalach, przychodniach.

Ministerstwo Zdrowia zdecydowanie stawia na dofinansowanie przede wszystkim placówek publicznych. Sieć szpitali publicznych chciał już wprowadzić minister zdrowia, prof. Zbigniew Religa. I nie udało się. Jak będzie teraz?

Stworzyliśmy w Polsce system wspólnienia placówek publicznych, uzupełnianych przez podmioty prywatne. Nie ulega najmniejszych wątpliwości, że główny ciężar opieki nad chorym, zwłaszcza trudnym, ze współistniejącymi chorobami, ponoszą publiczne szpitale. Muszą być dokapitalizowane, co też nie ulega wątpliwości. Zresztą spójrzmy na inne systemy opieki zdrowotnej, w krajach, gdzie to PKB przeznaczane na zdrowie, o którym wspominałem, jest dla nas wciąż odległym celem. Mamy jednak z kogo brać wzór. Skandynawowie wcale nie finansują tak dobrze ochrony zdrowia dlatego, że kochają lekarzy. Oni wiedzą po prostu, że to się wszystkim, w pewnej odległej, ale nie tylko odległej perspektywie, opłaca. Nie chcę mówić o medycynie jako o gałęzi gospodarki, ale nie możemy być hipokrytami i nie możemy nie zauważać, że lepsze zdrowie przekłada się na lepsze wyniki ekonomiczne, większy dobrobyt kraju. Przecież to alfabet.

Skoro to alfabet, to Polacy są analfabetami!

Spokojnie. Bez przesady. W końcu wciąż się uczymy i wiadomo, że tak szybko nie dobiegniemy do celu. Chodzi jednak o to, by po drodze popełniać jak najmniej błędów. Wiem, że to nudne, co powiem, ale nie ma wyjścia – najważniejsza jest edukacja: lekarzy, dyrektorów szpitali i pacjentów, czyli nas wszystkich.

Np. Polska stała się wyjątkowym rynkiem dla producentów parafarmaceutyków i innych cudownych podobno „uzdrowiaczy”. Pacjent po kilku tygodniach hospitalizacji, kosztownych badań, idzie z receptami do apteki i wychodzi z siatką leków, nie tych zalecanych, ale reklamowanych. W skali



▶ **Dr Jacek Kozakiewicz**

Trwa głosowanie w konkursie „Dziennika Zachodniego” Hipokrates 2016. Ma wyłonić najlepszych w śląskiej medycynie. Na swoich faworytów można głosować do 21.11 (g. 11.59). Szczegóły na: dziennikzachodni.pl/hipokrates
Współorganizatorem plebiscytu jest Śląski Uniwersytet Medyczny.

makro wydatki Polaków sięgają rocznie kilkunastu miliardów złotych. To ogromne pieniądze, które nie zwracają się w postaci wyzdrowienia. Powstaje zatem błędne koło. Wiadomo, że pacjent bez konsekwencji zdrowotnych może przyjmować dziennie 4-5 leków. Jeśli zażywa ich więcej, to generuje choroby, które powstają w wyniku nadużywania leków. I... musi zażywać kolejne leki.

Panie prezesie, kto teraz „rządzi” ochroną zdrowia – prezes NFZ praktycznie jest w stanie spoczynku, minister a to dostaje żółtą kartkę od prezesa, a to idzie na dywanik do pani premier...

Przed laty w Śląskiej Izbie Lekarskiej stwierdziliśmy, że polski system ochrony zdrowia osadza się na trzech słowach kluczowych: niedofinansowaniu, niedoszacowaniu i niedookreśleniu. To ostatnie mówi właśnie o nieczytelnym podziale władzy, kompetencji. Cały czas mieliśmy do czynienia z próbą sił między szefem NFZ i ministrem zdrowia, bez względu na opcję polityczną. Wynikało to z wielu przyczyn, w tym z funkcjonowania tylko jednego płatnika, a więc NFZ. Pani pytanie, które można sprowadzić do dwóch

słów – kto rządzi – jest strategiczne, jeśli chodzi o przyszłość ochrony zdrowia w Polsce. Z przedstawionych koncepcji i założeń zmian wynika, że tym głównym rozgrywającym ma być minister zdrowia, że to on ma panować nad systemem. Przeniesienie kompetencji oddziałów NFZ pod skrzydła wojewodów, czyli stworzenie struktur administracji specjalnej, to właśnie krok w tym kierunku. Moim zdaniem, zarządzanie ochroną zdrowia trzeba uporządkować. Musi być czytelne. Najrozsądniejsze, najlepsze jest, by to minister zdrowia decydował o kierunkach kształtowania polityki zdrowotnej państwa, miał baczność na wszystko. Jądrzem systemu powinny być publiczne szpitale o znaczeniu strategicznym dla zdrowia Polaków. Tylko jest jeden warunek: planujemy zmiany w ochronie zdrowia nie w perspektywie jednej kadencji Sejmu, ale co najmniej piętnastu lat.

Porównuję wydatki na zdrowie w Polsce do tortu, który ma określoną liczbę kawałków, a biesiadników z roku na rok przybywa. Minister zdrowia musi stanąć przed trudnym wyborem, kto dostanie... deser.

Narazie to jednak nie minister zdrowia, ale minister sprawiedliwości Zbigniew Ziobro próbuje rozstrawić lekarzy po kątach. Wejścia nad ranem do biegłych, którzy opiniowali w sprawie okoliczności śmierci jego ojca, wielogodzinne przeszukiwania...

Uważam, że wszelkie działania trzeba dostosowywać do okoliczności i potrzeb. Myślę, że jako lekarze płacimy w opinii społecznej cenę za to, że nieodróżniamy zdarzenia niepożądane, powikłania od błędów. Świadomie błędnie nie popełni nigdy żaden lekarz. Mogą to być błędy nieświadome, wynikające często z problemów organizacyjnych, braku sprzętu, czasu. Jeśli operacji, zabiegowi, trudnej diagnostyce poddawany jest pacjent obciążony wieloma schorzeniami, to niestety trzeba się liczyć ze zwiększonym ryzykiem.

Przy prokuraturach regionalnych zostały powołane specjalne działy ds. błędów medycznych. Były potrzebne?

Ich powstanie odebrałem ze zdziwieniem, bo dla czego nas, jako grupę zawodową, ma się traktować w taki „szczególny” sposób. Jednak od razu nawiązałyśmy kontakt, zadeklarowaliśmy jako środowisko konkretne działania. Nikomu tak jak nam nie zależy, by nasza praca była oceniana rzetelnie, sprawiedliwie i odpowiedzialnie w oparciu o fakty, a nie emocje i często medialne oskarżenia. My się od naszej odpowiedzialności absolutnie nie uchylamy. Wręcz przeciwnie. W sprawach o tzw. błąd lekarski nie chcemy przewlekłości postępowania, na którą skarżą się pacjenci oraz ich rodziny, a także lekarze. Zaufanie jest fundamentem w relacjach pacjentów z lekarzami. ●

© P

Partnerzy



Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Katowicach

