



foto: archiwum Zx

WYMIANA MONOLOGÓW

ZAMIAST DIALOGU

Rozmowa z Tomaszem Szelańskim, dyrektorem generalnym Federacji Pacjentów Polskich (FPP), członkiem zarządu, skarbnikiem European Patients' Forum (EPF).

Czy polscy pacjenci są leczeni równie dobrze jak chorzy w krajach zachodniej Europy?

Nie. Wynika to przede wszystkim ze złej organizacji. Wiedzą medyczną i umiejętnościami nasi lekarze z powodzeniem konkurują ze swymi kolegami z Zachodu. Błędne rozwiązania systemowe zaczynają się zaś już od podstawowego poziomu opieki zdrowotnej i ciągną po opiekę wysokospecjalistyczną. Na każdym etapie spotykamy inne przeszkody: limitowane skierowania, zaświadczenia, brak koordynacji. Polski pacjent nie znajduje się w centrum systemu. Uwaga skupiona jest raczej wokół szpitala. O ile na przykład nie ma większego problemu z dostępem do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, o tyle można mieć bardzo poważne zastrzeżenia do jakości tej opieki. Pacjent na zachodzie Europy już przy pierwszym kontakcie z systemem, lekarzem POZ, jest dokładniej diagnozowany, ma zapewnionych więcej podstawowych badań. W Polsce nie, bo przychodnie POZ obowiązuje stawka kapitacyjna i nie można przeznaczyć na to zbyt dużo pieniędzy. Dodatkowo część kompetencji lekarza takiej placówki ograniczają przepisy. Kuleje również profilaktyka. Z powodu ograniczonej diagnostyki lekarz POZ może nie wykryć choroby. Często odsyła pacjenta do specjalisty i na niego przetrzuca diagnostykę, niekiedy jest ona dublowana – tracimy wtedy czas. A jak wiadomo, w medycynie bardzo się on liczy. Szczegółowa diagnoza i wczesne rozpoczęcie terapii znacznie zwiększają szanse na dobre wyniki. Dziś leczymy się głównie u specjalistów i w szpitalach, a to lekarz rodzinny powinien być koordynatorem naszej drogi przez system. Czas pacjenta na poziomie lekarza rodzinnego powinien być bardziej szanowany. Czas tracimy zresztą również na innych poziomach opieki.

Czyli na początku jest źle, a potem coraz gorzej?

Skandalem są olbrzymie, liczone w miesiącach i latach, kolejki do specjalistów. To znów stracony czas. W wypadku wielu chorób ta zwłoka powoduje olbrzymie komplikacje. Są i takie, w których ceną za utrudniony dostęp do specjalisty jest życie pacjenta – to onkologia i kardiologia.

A pomoc wysokospecjalistyczna, udzielana przez szpitale?

Bywa z tym różnie. Dość dobrze można ocenić dostęp do opieki w sytuacjach nagłych i zagrożenia życia. W tych wypadkach rzeczywiście system przynajmniej stara się sprostać oczekiwaniom, podejmuje działania. Rozwinęło się ratownictwo medyczne, mamy dużo nowych i dobrze wyposażonych karettek. Znacznie gorzej jest, jeśli chodzi o świadczenia planowe. System w ogóle nie stara się o zaspokojenie potrzeb, mało tego – obserwujemy utrudnienia w dostępie do świadczeń, często wbrew zasadom leczenia wynikającym ze wskazań medycznych. Mamy programy lekowe, komisje kwa-

lifikacyjne, limity przyjęć ograniczone kontraktami. Istny węzeł gordyjski, gehenna dla chorego. Innym elementem wpływającym na jakość opieki jest pozostawienie pacjenta samego po operacji lub zabiegu. Historia choroby nie jest automatycznie przekazywana lekarzowi rodzinnemu, który często nie wie – jeśli pacjent sam nie przyjdzie, jaki jest wynik leczenia specjalistycznego i nie przejmuje dalszej opieki. Brak kontroli nad rekonwalescencją jest przyczyną powtórnych hospitalizacji. Pacjent staje się nośnikiem informacji, a jeśli chciałby skompletować dokumentację dotyczącą swego zdrowia, sam musi pozbierać stosowne dokumenty ze wszystkich miejsc, w których udzielano mu świadczeń i usług zdrowotnych.

**LIMITOWANE SKIEROWANIA,
ZAŚWIADCZENIA, BRAK KOORDYNACJI:
POLSKI PACJENT
NIE ZNAJDUJE SIĘ W CENTRUM SYSTEMU.
UWAGA SKUPIONA JEST RACZEJ
WOKÓŁ SZPITALA**

Stan zdrowia pacjentów pogarsza się w tasiemcowych kolejkach.

I dochodzi do paradoksu. W zasadzie, gdyby postępować zgodnie z logiką systemu, należałoby jak najszybciej doprowadzić do tego, by stan zdrowia pacjenta na tyle się pogorszył, aby mógł on skorzystać z szybkiej ścieżki przewidzianej w przypadkach „zagrożenia życia” – jak to ujmują przepisy. Podobnie jest z insulinami długodziałającymi. Kryteria ich ordynowania są tak wyśrubowane, żeby nie objęły zbyt dużej liczby pacjentów. Mechanizm ten można zaobserwować także w przypadku chorób rzadkich, np. Leśniowskiego-Crohna, czy terapii reumatologicznych prowadzonych w szpitalach w ramach programów lekowych. Tego typu procedury to ewidentny krok w stronę oszczędności budżetowych NFZ kosztem zdrowia i komfortu pacjentów. System nie działa w taki sposób, aby dbać o zdrowie Polaków, chronić przed ostrymi stanami, staje się aktywny dopiero na hasło „ochrona życia”.

Dlaczego tak się dzieje?

Wynika to z zasadniczych różnic w modelu stanowienia prawa przez decydentów w Polsce i na zachodzie Euro-



TO ŹLE, ŻE W POLSCE CAŁĄ PRACĘ

BIORĄ NA SIEBIE URZĘDNIICY.

ŹLE I DLA PACJENTÓW, I DLA NICH SAMYCH,

BO DUŻA CZĘŚĆ ICH PRACY PO GODZINACH

POLEGA NA KORYGOWANIU

WCZEŚNIEJ POPEŁNIONYCH BŁĘDÓW

py. Opowiadał to jako anegdotę i powtórzę tutaj. Jako przedstawiciel FPP reprezentuję pacjentów polskich na Europejskim Forum Pacjentów – EPF. Tam na przykład dyrektor DG SANCO bierze udział w spotkaniach zarządu EPF i dzieli się z nami planami w zakresie proponowanych rozwiązań dotyczących polityki zdrowotnej UE. Nawet komisarz unijny ds. zdrowia sam zwrócił się do nas z propozycją udziału w organizowanej przez nas konferencji „Patients Involvement”. Wyobraźmy sobie podobną sytuację u nas, w kraju. W Polsce jako przedstawiciel pacjentów mam ogromny kłopot ze współpracą z Ministerstwem Zdrowia. Istnieje nieformalny zakaz udziału przedstawicieli tego resortu w konferencjach organizacji pacjentów, które są sponsorowane przez podmioty rynkowe. Uważa się nas za lobbystów. To są absurdy do potęgi. Nawet w Bułgarii, na Węgrzech i w Czechach jest inaczej. Z kolei w Brukseli sam słyszałem wielokrotnie publiczne deklaracje przedstawicieli Komisji Europejskiej: „Nie robimy nic innego niż to, z czym zgłaszacie się do nas i mówicie, aby tym się zająć”. Urzędnicy zachodni proszą o dialog, bo to jest norma, polscy go unikają.

Jakie są skutki unikania tego dialogu?

Proszę zwrócić uwagę na sposób prowadzenia polityki i wprowadzania zmian prawnych w polskiej ochronie zdrowia. Od lat to samo – z góry w dół. Weźmy chociażby pod uwagę ustawę refundacyjną czy rozporządzenia koszykowe: prawo powstaje przy ulicy Miodowej, w ministerstwie. Potem trafia na tak zwaną szybką ścieżkę legislacyjną. Jest bardzo niewiele czasu na to, by przedyskutować je wspólnie, w szerokim gronie podmiotów, zgłosić zastrzeżenia czy uwagi. A nawet gdy uda się je zgłosić, często są ignorowane bez żadnych wyjaśnień. Szybka ścieżka ogranicza konsultacje do minimum – kilka tygodni, klamka zapada, ustawa wchodzi w życie. I zaczynają się schody, bo okazuje się, że prawo jest nieprzemyślane, wewnętrznie sprzeczne, niespójne. Przecież tego wszystkiego można uniknąć, gdyby do konsultacji podejść poważnie, dać sobie na nie czas i nie traktować pozostałych uczestników dialogu jak wrogów, którzy usiłują dokonać zamachu na „jedynie słuszną koncepcję” zawartą w ministerialnym projekcie. Urzędnicy brukselscy, z którymi także się kontaktuję, postępują odwrotnie. Zdają sobie sprawę, że sami nie są w stanie przewidzieć wszystkich możliwych konsekwencji wprowadzanych w życie przepisów. Zaczyna się od przeprowadzenia gruntownych badań i analizy ich wyników. Zapewnia się na to ogromne fundusze publiczne. Na tej bazie powstają strategie reform i programy ich realizacji. Projekty pilotażowe sprawdzają skuteczność takich rozwiązań i dopiero wtedy rozpoczyna się proces legislacyjny – od komisji, przez parlament, po rady, a w końcu powstaje dyrektywa. W Polsce, obserwując kilka ostatnich ekip rządowych,

można zauważyć ich przekonanie, że same najlepiej wiedzą, czego nam trzeba. Ponadto ogranicza się dialog społeczny do minimum, a w zamian stosuje się negocjacje z poszczególnymi środowiskami, co często je antagonizuje zamiast prowadzić do wypracowania konsensusu.

Często odnoszę wrażenie, że przedstawiciele czy to ministerstwa, czy funduszu unikają kontaktu z przedstawicielami środowisk medycznych. Na ważnych spotkaniach, konferencjach, kongresach nieraz słyszę, jak organizator z zażenowaniem w głosie przeprasza uczestników, informując, że reprezentant którejś z tych instytucji w ostatniej chwili odwołał przybycie.

Sądzę, że to skutek niewłaściwego podejścia do rozwiązywania problemów ochrony zdrowia. Kluczowym pojęciem dla wyjaśnienia tego zjawiska jest brak partycypacji. W dialogu krajowym widać szablon. Przedstawiciel resortu zdrowia jako zaproszony gość przybywa na konferencję, wygłasza swoją mowę i znika. Nie zostaje, aby posłuchać tego, czym pozostali chcą się podzielić, nie nabywa nowej wiedzy, nie pozostawia swego zastępcy, aby sporządził notatkę. Ewidentnie brakuje również zaangażowania instytucji państwowych, naukowych i pozarządowych w paneuropejskie wydarzenia, fora, projekty. Tam można zdobyć potrzebną wiedzę i nowe umiejętności, ukształtować postawy, dostrzec inne wartości, nawiązać kontakty. Zamykając się w biurze, nic nowego nie wymyślimy. Odnoszę wrażenie, że głównym zadaniem, główną troską polskich urzędników – zastraszonych kontrolami wewnętrznymi i NIK – jest to, by wydać jak najmniej pieniędzy, i to nie tylko w resorcie zdrowia. Nie troska o zdrowie Polaków jest celem ich pracy, lecz utrzymanie dyscypliny budżetowej, narzuconej politycznie. Zgoda: finanse są bardzo ważne, ale kruczowe trzymanie się dogmatów i zadań wynikających z tabelki sprawozdań finansowych prowadzi donikąd. Może właśnie powinniśmy wydawać więcej, aby inwestować w zdrowie? Może powinniśmy o tym porozmawiać, przeprowadzić na ten temat szeroką debatę i wprowadzić do budżetu więcej pieniędzy? Bo to się opłaca, bo dobra kondycja zdrowotna Polaków wpłynie na jakość ich życia i aktywność w pracy. Będzie mniej zwolnień lekarskich, mniej zasiłków rentowych. Te pytania są obecne w debacie europejskiej, w krajach zachodnioeuropejskich. W Polsce debaty nie ma. Mamy za to sztywny przepis, że na składkę zdrowotną wydajemy tyle i tyle procent pensji, i kropka. Każda próba rozmowy, że może ten procent jest za mały, że funduszy powinno być więcej, że mogą być pozyskiwane z innych źródeł niż składka, jest ucinana w zarodku. Na ten fundamentalny temat nie rozmawiamy, a koniecznie powinniśmy.

**ISTNIEJE NIEFORMALNY ZAKAZ UDZIAŁU
PRZEDSTAWICIELI MINISTERSTWA ZDROWIA
W KONFERENCJACH ORGANIZACJI PACJENTÓW,
KTÓRE SĄ SPONSOROWANE
PRZEZ PODMIOTY RYNKOWE.
UWAŻA SIĘ NAS ZA LOBBYSTÓW.
TO SĄ ABSURDY DO POTĘGI**

Urzednicy odpowiadają kontrargumentem: przecież wszystkiego naraz zmienić nie można, przecież pracujemy nad nowymi aktami prawnymi, reformujemy i poprawiamy system.

Rzeczywiście urzędnicy ciężko pracują. Gdy późnym wieczorem przejdziemy się ulicą Miodową w Warszawie, w gmachu Ministerstwa Zdrowia palą się w oknach światła, widać ruch, pracę. W siedzibie DG SANCO w Brukseli tak nie jest, urzędnicy wyrabiają się z pracą w terminie. Po części już mówiliśmy, dlaczego tak się dzieje: duża część pracy analitycznej przy legislacji odpada dzięki konsultacjom z organizacjami pozarządowymi, *think tankami* skupiającymi reprezentantów nauki, organizacji pacjentów, środowisk zawodowych i biznesowych. Zatem to źle, że w Polsce całą tę pracę biorą na siebie urzędnicy. Źle i dla pacjentów, i dla nich samych, bo duża część ich pracy po godzinach polega na korygowaniu popełnionych wcześniej błędów. Proszę zauważyć, czym zajmuje się ministerstwo, kiedy mówią o nim media. Na przykład wtedy, gdy na skutek złej, choć oszczędnej, organizacji opieki zdrowotnej dojdzie do tragedii – śmierci. Ministerstwo nagle dostrzeże problem, pracuje pełną parą, reaguje, poprawia. Albo gdy na skutek błędów i braku konsultacji lekarze odmawiają wystawiania recept z refundacją. Wtedy też przy Miodowej palą się do nocy światła w oknach, trwają poszukiwania rozwiązania kryzysowej sytuacji. I właśnie w ten sposób – od kryzysu do kryzysu – zmienia się polska ochrona zdrowia. Zmienia w niewłaściwym kierunku, chaotycznie. Polega to głównie na gaszeniu pożarów. Zależy mi na tym, by to się zmieniło na europejski dialog wielu partnerów zainteresowanych uzyskaniem wspólnego celu. Przede wszystkim stwórzmy strategię reformy systemu ochrony zdrowia, spójną ze strategią unijną. Wprowadźmy rozwiązania e-zdrowia i uszczelnijmy system. Rozważmy uruchomienie dodatkowych źródeł finansowania. Inwestujmy w zdrowie i edukację. Oszczędności też są potrzebne, tylko czy dla zaoszczędzenia czasu należy zatrzymywać lub cofać wskazówki zegara?

Rozmawia Bartłomiej Leśniewski