

# NIE KIJEM TO PAŁKA

Rozmowa  
z Maciejem Hamankiewiczem,  
prezesem Naczelnej  
Rady Lekarskiej

Mówił pan niedawno, że filozofia systemu ochrony zdrowia w Polsce jest chora. Co konkretnie miał pan na myśli?

Na świecie lepiej lub gorzej bronią się dwa systemy: ubezpieczeniowy i zabezpieczeniowy. My nie mamy żadnego z nich. Trudno bowiem nasz system nazwać ubezpieczeniowym, jeszcze trudniej zabezpieczeniowym. Nasz kraj ma poważny kłopot z zabezpieczeniem świadczeń potrzebnych pacjentom i fatalny system budżetowy. Jest wydzielony budżet na zdrowie i w jego ramach, posługując się niejasnymi i nieczytelnymi regulacjami, na jedne świadczenia znajdują się pieniądze, na inne nie. Największy kłopot polega właśnie na tym, że reguły przyznawania pieniędzy na konkretne świadczenia w zasadzie nie istnieją. Decyduje urzędnik i ma przy podejmowaniu tej decyzji zbyt dużo swobody. W efekcie w Polsce działa system antypacjencki.

**Jak rozumieć słowa „system antypacjencki”?**

W polskim systemie ochrony zdrowia pacjent nie wie, co mu się należy w ramach płaconej stawki zdrowotnej. Zapisy gwarantujące odpowiednie świadczenia są rozrzucone w wielu aktach prawnych, z ustawą tzw. koszykową na czele. Ale te zapisy to gwarancja czysto teoretyczna, w praktyce nefunkcjonująca. W praktyce decydują takie czynniki, jak: budżet NFZ, kontrakt konkretnego szpitala, słowo urzędnika. Teoretycznie jest dostęp np. do wszczęcia endoprotezy, ale w praktyce trzeba na to czekać latami, bo są limity, kolejki, bo jest rachunek ekonomiczny. Na dodatek przepisy są nieprecyzyjne. W przypadku znieczulenia okołoporodowego – przy korzystnej interpretacji przepisów można to znieczulenie dać w ramach kontraktu, przy niekorzystnej można odmówić. Z taką rzeczywistością spotykają się pacjenci. Jedyne, co tak naprawdę chroni ich w praktyce, to obawa polityków, że jeżeli ochrona zdrowia będzie fatalna, stracą głosy wyborców. Ale jak widać po ustawie refundacyjnej, nie jest to wystarczające zabezpieczenie dla pacjentów.

**Ustawa miała uporządkować wydatki państwa na leki. Ministerstwo Zdrowia nieustannie podnosi, że jest korzystna dla pacjentów.**

To tylko puste hasła. Tak naprawdę ustawa refundacyjna to równanie w dół. Będzie miała rewelacyjny efekt dla budżetu nadzorowanego przez resort zdrowia, ale kosz-

*Doradcą w sprawach ceny leków dla pacjenta, który nie musi się znać na przepisach refundacyjnych, powinien być aptekarz, a nie lekarz*

*Największy kłopot polega na tym, że reguły wydzielania pieniędzy na konkretne świadczenia w zasadzie nie istnieją. Decyduje urzędnik i ma w tej sprawie zbyt dużo swobody. W efekcie w Polsce działa system antypacjencki*

tem większego współpłacenia pacjentów i kosztem ograniczenia dostępu do nowoczesnych leków. Szacujemy, że poziom współpłacenia za leki w Polsce wzrośnie z 34 proc. notowanych w ubiegłym roku do 38 proc. Dodajmy do tego, że zniknęła możliwość pozyskiwania przez szpitale leków jako darów – to znacznie ograniczy dostęp do tych terapii, które są najdroższe.

**Mówimy o systemie „antypacjenkim”. Lekarze natomiast twierdzą, że system jest nie tyle „antypacjencki”, co „antylekarski”.**

Nie ma w tym sprzeczności. System jest zarówno „antypacjencki”, jak i „antylekarski”. Lekarze zostali wmanewrowani w rolę nie do pozazdrosczenia. Z jednej strony przepisy nakazują im jak najskuteczniejsze leczenie chorych, z drugiej – straszą karami za podejmowanie drogiej terapii. Wcześniej już mówiłem o tym, że przepisy są pełne niedopowiedzeń i sprzeczności. Podstawowe problemy nie są uregulowane na szczeblu centralnym, nie są jasno określone w prawie – decyzje scedowano w praktyce na lekarza. To on, poruszając się na śliskim gruncie zagmatwanych przepisów, musi podejmować jednostkowe decyzje. Politycy, szefowie państwowych instytucji zawiadujących ochroną zdrowia jak ognia unikają jednoznacznych decyzji. Lekarz, wybierając odpowiednią dla pacjenta terapię, musi podjąć taką decyzję. Jeśli będzie leczyć tanio i mniej skutecznie – grozi mu walka ze swoim sumieniem, a następnie proces za niewłaściwe leczenie. Jeśli drogo i skutecznie – kara nałożona przez NFZ. A więc nie kijem, to pałką. To trochę jak poruszanie się po polu minowym. Do tego dochodzi stos nieludzkich, bezsensownych, biurokratycznych zarządzeń. Przy okazji protestów dużo mówiliśmy o tym, że na lekarzy nałożono obowiązek sprawdzania, czy pacjent jest ubezpieczony czy nie. I to w sytuacji, gdy nie wyposażono ich w narzędzia umożliwiające taką weryfikację. O tym już było, a ja podam kolejny przykład dziwnego przepisu, wprowadzonego niedawno w życie. Otóż proszę sobie wyobrazić, że ja – lekarz ze Śląska, i pan – z Poznania, spotykamy się na wakacjach, powiedzmy w Łebie. Nie mam tam prawa wystawić panu refundowanej recepty, bo swoją praktykę mam zarejestrowaną



*Jeśli lekarz wybierze terapię tanią i mniej skuteczną, grozi mu walka ze swoim sumieniem, a następnie proces za niewłaściwe leczenie. Jeśli drogą i skuteczną – kara nałożona przez NFZ. Nie kijem, to pałką*



foto: PAP/Radek, Piętruska

na Śląsku. I tylko tam wolno mi wystawiać recepty refundowane. Czemu ma służyć ten przepis? Czy poza Śląskiem nie jestem już lekarzem i mój dyplom nie jest ważny? Podobnie dziwaczny jest przepis zabraniający lekarzowi wypisywania na receptach nazw substancji czynnych i wymuszający stosowanie nazw handlowych.

Tu chciałbym się nie zgodzić. Jako pacjent oczekiwałbym od lekarza, by wskazał mi lek tani, by doradził, co zrobić, aby leczenie kosztowało mnie jak najmniej. Wpisując nazwę handlową, lekarz wskazuje lek refundowany, czyli dla mnie tani. To element porady. Pacjenci mają prawo nie znać się na przepisach refundacyjnych, mają prawo oczekiwać, że i w tym pomoże im lekarz. Tak jest na całym świecie.

Sprawa nie jest taka prosta, jak może się wydawać na pierwszy rzut oka. Lek refundowany to nie zawsze lek najtańszy dla pacjenta. Posłużę się przykładem leków zawierających substancję czynną o nazwie amlodipini. Na rynku mamy kilka refundowanych leków z amlodipini. Jest też lek nierefundowany – i ma on cenę tak niską, że pacjent zapłaci za niego mniej niż za refundowany. Po prostu, firmy z listy refundacyjnej kasują podwójnie: po raz pierwszy to, co pacjent płaci w ramach współpłacenia, i po raz drugi – otrzymując refundację z NFZ. Ta firma, która nie ma na liście swojego produktu z amlodipini, obniżyła cenę do takiego poziomu, że pacjent zapłaci za nią najmniej. Współpłacenie za refun-

dowany lek kosztuje więcej niż zapłata całości jego ceny w wypadku leku spoza listy. A więc w interesie pacjenta leży zakup leku nierefundowanego. I dlatego uważam za właściwe, by lekarz pisał na recepcie jedynie nazwę substancji czynnej. A doradcą w sprawach ceny dla pacjenta, który – jak pan słusznie zauważył – nie musi znać się na przepisach refundacyjnych, powinien być na przykład aptekarz.

**Czy w czerwcu będzie kolejny protest lekarzy?**

Kłamka jeszcze nie zapadła. Będziemy się starać o to, by sprawę załatwić, nie uciekając się do ostrych form protestu. Samorząd lekarski ma trzy zasadnicze postulaty. Po pierwsze – zależy nam na tym, by z przepisów zniknęła formułka „nieudokumentowane względy medyczne”, wykorzystywana do karania lekarzy przepisujących terapię. To formułka nieprecyzyjna, niejasna, umożliwiająca karanie tych lekarzy, którzy starają się spersonalizować terapię. Po drugie – chcemy, by lekarze nie mieli obowiązku sprawdzania, czy pacjent jest ubezpieczony czy nie. I po trzecie – chcemy, by lekarze nie byli karani obowiązkiem „zwrotu kwot nienależnej refundacji”. W tej sprawie prowadzimy rozmowy z rządzącymi i mam nadzieję, że do protestu nie dojdzie, bo osiągniemy kompromis. Jeśli nie, umowy dotyczące refundacji nie będą przez lekarzy podpisywane. Większość obecnych traci moc 30 czerwca. Nie ma więc konieczności ich wypowiadania, same wygasną.

Rozmawiał: Bartłomiej Leśniewski