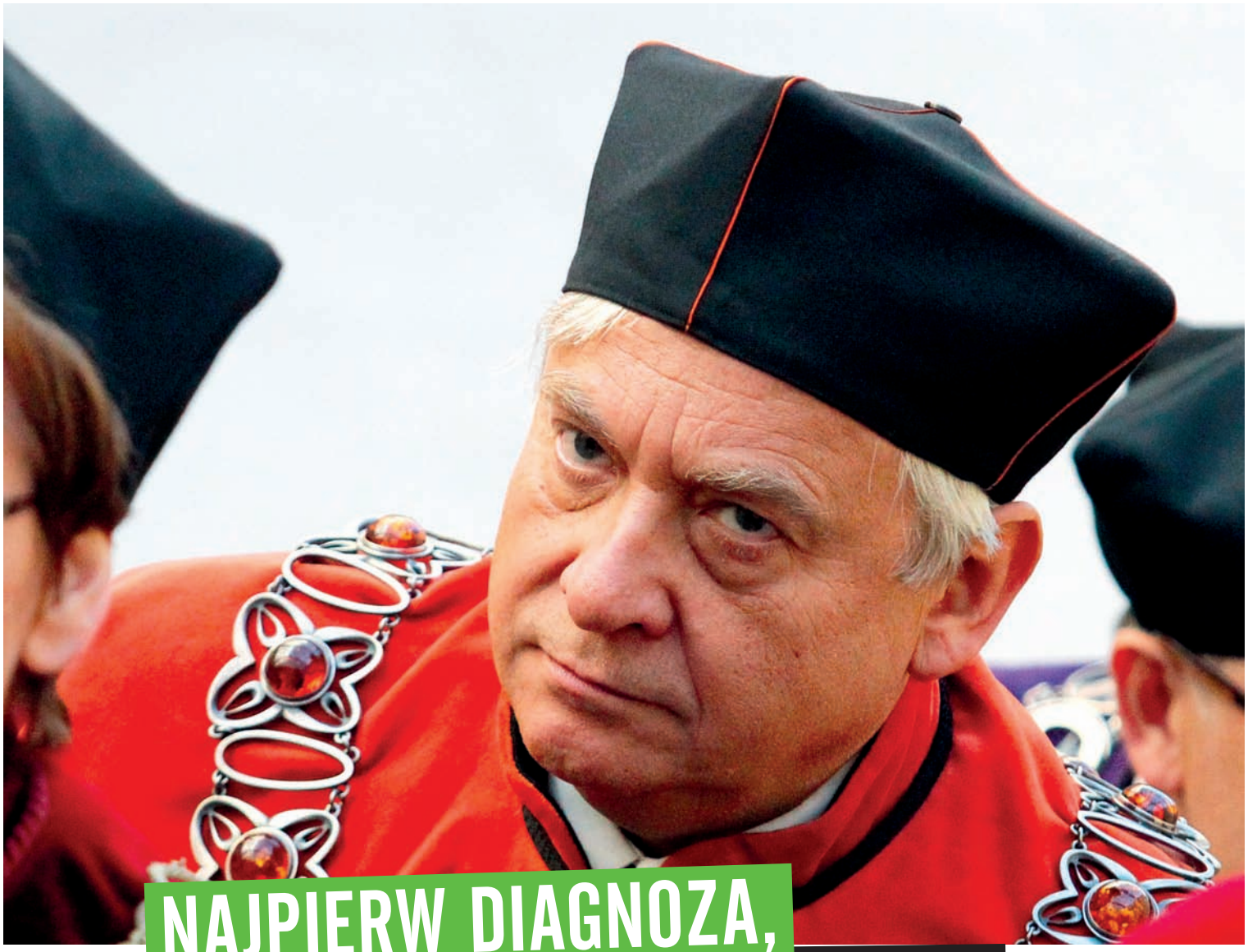

fot. PAP/Tomasz Waszczuk

NAJPIERW DIAGNOZA, POTEM LECZENIE

Rozmowa z prof. Wojciechem Maksymowiczem, dziekanem Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, byłym ministrem zdrowia

Czy jest pan za połączeniem Ministerstwa Zdrowia z resortem spraw społecznych?

Są przesłanki, by tak się stało. Ale jednoznacznej opinii na ten temat nie mam. Z jednej strony, byłoby lepiej, by jedna instytucja dysponowała zarówno budżetem na leki, w tym leczenie innowacyjne, jak i na renty oraz zwolnienia lekarskie. Może wtedy zwrócono by większą uwagę na korelacje między nimi i lepiej nimi zarządzano. Z drugiej strony, obawiałbym się powołania hiperinstytucji odpowiedzialnej za wszystkie sprawy związane ze zdrowiem Polaków. Mogłoby się okazać, że superresort byłby jeszcze gorszy od tego, z czym teraz mamy do czynienia. Czyli z tym, że urzędnicy patrzą na te kwestie przez pryzmat przestrzegania skodyfikowanych rozporządzeń, zapisów prawnych, a nie pod kątem rozwiązywania konkretnych problemów. W wypadku płatników więcej

korzyści upatrywałbym natomiast w ich większej liczbie. Wygrywałyby te instytucje, które lepiej dbają o interes pacjenta, a nie o przygotowanie wymaganych sprawozdań.

Czyli powrót do systemu kas chorych?

Nie był idealny, ale na pewno lepszy od tego, który obowiązuje dzisiaj.

Dlaczego?

W medycynie nie ma możliwości uproszczenia tabelkowych zapisów tak, by były adekwatne do każdej indywidualnej sytuacji. Nawet gdy kilkanaście osób cierpi na tę samą chorobę, mogą mieć różne choroby towarzyszące, różny wiek, płeć – wyliczać można wiele – i każdy wymaga odrębnego rozważenia sytuacji i być może innego leczenia. W krajach zachodnich na rynku wygrywają te organizacje, które najdokładniej diagnozują pacjenta. U nas zwycięża opcja, że liczy się konkretny, prosty parametr, by zakwalifikować np. do programu lekowego. Urzędnicy dążą do tego, by uprościć skomplikowaną wiedzę medyczną do jak najprostszych wskazań. Nie tędy droga do sukcesów w medycynie. A większa liczba płatników to większa szansa na to, że ktoś weźmie pod uwagę większą liczbę wskazań i uwarunkowań.

Chwalił się pan niegdyś, że jest uczniem Leszka Balcerowicza.

Tak przez jakiś czas było. Jednocześnie on był ministrem finansów, a ja zdrowia. Spotykaliśmy się wtedy na rozmowach i wymienialiśmy uwagi. Przekonałem go do wielu spraw dotyczących zdrowia. A to, co powiedziałem wcześniej, jest po części rezultatem faktu, że on mnie przekonał do ogólnych mechanizmów działania rynku. Demonopolizacja ma sens, choćby taki, że pacjent jest uważniej słuchany, a jego interes bardziej brany pod uwagę.

Organizacje pacjenckie coraz ostrzej wyrażają swój żal, że ich głos nie jest brany pod uwagę w debacie o medycynie.

Przed nimi w podobnym tonie wypowiadały się – i wypowiadają – także organizacje lekarskie, pielęgniarskie i inne zawodowe działające na rynku medycznym w Polsce. Pretensje w zdecydowanej większości są słuszne, ale problem jest poważniejszy. To brak debaty, brak systemowych badań i analiz polskiego systemu ochrony zdrowia. A tylko w ten sposób można postawić właściwą diagnozę, co z nim jest nie tak. Bez tego trudno zastosować odpowiednie środki naprawcze. Najpierw diagnoza, potem leczenie – to przecież podstawowa zasada w medycynie.

Kto tak naprawdę rządzi polską ochroną zdrowia?

Wykształciło się swego rodzaju lobby decydenckie, w którego skład wchodzą przede wszystkim politycy. Nie tylko szczebla centralnego – są wśród nich marszałkowie województw, wojewodowie, starostowie. I choć szefowie szpitali i klinik współdecydują w niektórych sprawach dotyczących funkcjonowania jednostek, tak naprawdę przeważający jest głos polityków i urzędników. Ma to wiele negatywnych skutków.

Dlaczego?

Bo interes polityczny nie zawsze jest zgodny z interesem publicznym i interesem pacjenta. Weźmy sztandarowy przykład: liczbę szpitali powiatowych. Jesteśmy zgodni co do tego, że jest ich za dużo. Mamy potężną sieć szpitalików, które nie są odpowiednio wyposażone w sprzęt i kadrę fachową, na czym cierpi pacjent, bo zwyczajnie jest źle leczony. Cierpią też finanse, bo utrzymanie tej ogromnej i przestarzałej sieci sporo kosztuje. Śmiem twierdzić, że utrzymanie mniejszej sieci dobrze wyposażonych placówek byłoby znacznie tańsze. Mamy więc drożej i gorzej. Ale spróbujmy wyjaśnić to staroście, któremu zależy na wygraniu wyborów! Taki szpital to przecież nie tylko prestiż, lecz także konkretna liczba miejsc pracy, które w powiecie znikną, gdy szpital przestanie funkcjonować. Znikną też podatki od płac w budżecie powiatu. Starostowie bronią więc szpitali na swoim terenie jak niepodległości, wbrew logice i wbrew interesowi swoich mieszkańców – pacjentów. Gdy prześledzimy sposób decydowania o kształcie naszego systemu ochrony zdrowia, dojdziemy do oczywistego wniosku, że decyduje o nim swego rodzaju targ partykularnych interesów, z których interes pacjenta i zdanie ekspertów są jednymi z mniej branych pod uwagę. I dlatego system nie jest reformowany, przez co często jest dysfunkcyjny.

URZĘDNICY DĄŻĄ DO TEGO, BY UPROŚCIĆ SKOMPLIKOWANĄ WIEDZĘ MEDYCZNĄ DO JAK NAJPROSTSZYCH WSKAZAŃ. NIE TĘDY DROGA DO SUKCESÓW W MEDYCYNIE.

To oznacza, że choć gołym okiem widać, że system funkcjonuje źle, to przy okazji „daje żyć" rozmaitym grupom lobbystycznym i dlatego mamy klincz: żadnych zmian. Jak z tego wybrnąć?

Mamy własne doświadczenia w tym względzie, mamy doświadczenia zagraniczne, po które możemy sięgać gar-

fot. Tomasz Waszczuk/Agencja Gazeta

W OCHRONIE ZDROWIA WYKSZTAŁCIŁO SIĘ SWEGO RODZAJU LOBBY DECYDENCKIE, W KTÓREGO SKŁAD WCHODZĄ PRZEDE WSZYSTKIM POLITYCY. NIESIE TO WIELE NEGATYWNYCH SKUTKÓW.

ściami. Potrzebna jest debata na temat tego, czego oczekujemy od systemu, na co nas stać. Musimy wypracować kompromis i zastosować się do rad ekspertów. Tyle że ekspertów od systemu ochrony zdrowia, a nie tylko od wygrywania wyborów. I dodałbym trzeci element: potrzebę konsekwencji. Do pewnego stopnia rozumiem obawy polityków przed reformowaniem ochrony zdrowia. Mamy pewne doświadczenie wynikające z reform i wprowadzenia kas chorych, a także z próby oparcia systemu na fundamencie, którym miał być lekarz rodzinny. Próba była śmiała, gruntowna, daleko idąca, spotkała się z krytyką wielu środowisk społecznych. Nasza formacja – mimo sukcesu reform – przegrała kolejne wybory. Wobec tego kasy chorych zlikwidowano, a kompetencje lekarzy rodzinnych konsekwentnie przez kolejne lata ograniczano. Gdyby nie to, dziś – po pierwszym zamieszaniu związanym z reformowaniem – mielibyśmy już dobre efekty funkcjonowania obu tych rozwiązań. Zamiast tego mamy na przykład powszechnie krytykowany NFZ. I zakodowany w politykach strach przed istotnymi reformami.

Ale ta niechęć do istotnych i potrzebnych reform to pułapka, prowadzi przecież do tolerowania złych rozwiązań.

O to można mieć żal do klasy politycznej. I ten żal jest coraz częściej i głośniej formułowany.

Wspiera pan formację Jarosława Gowina. Co mu pan doradza w kwestii ochrony zdrowia?

Przede wszystkim postawienie uczciwej diagnozy wad naszego systemu ochrony zdrowia. A dalej zajęcie się koszykiem świadczeń gwarantowanych i konsekwentne wprowadzenie systemu ubezpieczeniowego. Trzeba skończyć z teoretycznym gwarantowaniem wszystkiego wszystkim, a potem praktycznym podważaniem tych gwarancji poprzez wysyłanie pacjentów do kolejek czy poprzez limity. I wreszcie trzeba sięgnąć po dodatkowe rozwiązania, z powodzeniem stosowane na całym świecie, a dotychczas niewykorzystywane na naszym rynku. Myślę tu także o ubezpieczeniach dodatkowych. Z doświadczeń krajów zachodnich wynika, że dzięki nim pula funduszy, które mogą być wykorzystane na ochronę zdrowia, zwiększa się o 10–15 proc. W naszych warunkach może się to przełożyć na dodatkowe 6–9 mld zł w systemie. Bardzo nam tych pieniędzy dziś brakuje.

Rozmawiał: Bartłomiej Leśniewski