

WYWIAD

**Rozmowa z Łukaszem Jankowskim,
lekarzem rezydentem w trakcie specjalizacji z nefrologii,
prezesem Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie**

Rozmawiała Agnieszka STAREWICZ-JAWORSKA

Tak, Polska to chory kraj

| Czy Polska to chory kraj?

My mówimy wprost. Jeżeli choruje jeden z układów, to chory jest cały organizm. Dzisiaj choruje polska ochrona zdrowia. Można więc ekstrapolować to na cały kraj i niestety zgodzić się z naszą tezą, że Polska to chory kraj. Chory dlatego, że mamy najmniej lekarzy w całej Unii Europejskiej, że wydłużają się kolejki do specjalistów, że dostępność leczenia jest niewystarczająca. Chory dlatego, że nie ma odpowiedniej opieki geriatrycznej, że kuleje profilaktyka. Medycznych powodów, dla których dziś mówimy, że Polska to chory kraj, jest bardzo wiele.

| Czy wobec tego nie mamy strategii dla ochrony zdrowia w Polsce?

W ochronie zdrowia stosowana jest strategia strażaka, która polega na gaszeniu pożarów – dokładaniu pieniędzy i zasobów tam, gdzie problem w danej chwili jest najbardziej palący lub też medialny. Przykład? Przypadek SOR-ów, którymi nikt się nie interesował, aż doszło do tragedii. Mamy obawy, że podobnie będzie w innych obszarach. Dopiero kiedy nastąpi katastrofa, decydenci zaczną się zajmować ochroną zdrowia. Nie ma całościowej wizji. Pewnie dlatego, że zmiany w ochronie zdrowia zwykle wiążą się z działaniami długofalowymi – ich efektów nie widać od razu, a mogą być niepopularne.

| Nawiązując do kampanii wyborczej i kolejek na SOR-ach – słyszeliśmy licytację na pomysły, w jaki sposób je zlikwidować, ile dni trzeba będzie czekać na wizytę u lekarza specjalisty. Jest na to spójna recepta?

Kiedy przyjechała do nas telewizja czeska, żeby kręcić materiał o akcji „Polska to chory kraj”, redaktor nie mógł uwierzyć, że w Polsce na wizytę u endokrynologa czeka się dwa lata. Powiedział nam, że w Czechach okres oczekiwania wynosi dwa tygodnie. Szkopuł w tym, że czeski system jest inaczej skonstruowany. Składka zdrowotna jest wyższa, na rynku jest konkurencja między świadczeniodawcami, jest kilka kas chorych. Poza różnicami w organizacji systemu Czesi więcej pieniędzy przeznaczają na ochronę zdrowia. Myślę, że dziś powinniśmy rozmawiać głównie o zwiększeniu finansowania ochrony zdrowia, a dopiero później o zmianach organizacyjnych.

| Ministerstwo Zdrowia twierdzi, że pieniądze w systemie jest więcej. Nakłady na ochronę zdrowia rosną, ale czy wystarczająco w stosunku do potrzeb? Przypomnę, że 20 lat temu w systemie było 27 mld zł, dziś jest 100 mld.



Myszę, że najważniejszym miernikiem, jeżeli chodzi o nakłady na ochronę zdrowia, jest odniesienie ich do PKB danego kraju. Z przykrością trzeba zauważyć, że nakłady publiczne w tym roku w Polsce nie przekroczyły 4,5 proc. PKB. Trochę myśląc jest mówienie o liczbach bezwzględnych, bo może 20 lat temu tych pieniędzy było znacznie mniej, ale też były inne potrzeby w ochronie zdrowia. Mieliśmy do czynienia z inną populacją. Dziś starzejemy się jako społeczeństwo, potrzeby zdrowotne są większe. Postęp medycyny również wymusił większe wydatki na ochronę zdrowia, bo terapie są droższe. Wraz z postępem obejmujemy leczeniem większą liczbę chorych, po prostu jesteśmy w stanie lepiej leczyć, ale to kosztuje. W związku z tym w liczbach bezwzględnych rzeczywiście jest

wzrost, ale zupełnie niewystarczający w stosunku do potrzeb. Znajduje to odzwierciedlenie w PKB. Życzylibyśmy sobie, żeby poziom finansowania wynosił dziś 6,8 proc. PKB publicznych nakładów na ochronę zdrowia. A ile pieniędzy potrzeba na ochronę zdrowia w Polsce? Pewnie właśnie tyle, bo według danych Najwyższej Izby Kontroli wydatki publiczne i prywatne na ochronę zdrowia to dziś w sumie ok. 6,7 proc. PKB. Tyle dzisiaj wydajemy. Problem w tym, że jedną trzecią my, pacjenci, obywatele wydajemy z własnej kieszeni. Te potrzeby sektora ochrony zdrowia powinny być pokryte z pieniędzy publicznych.

| Czy w związku z tym składki zdrowotne Polaków powinny być jeszcze wyższe?

Myszę, że składka zdrowotna – w odniesieniu do potrzeb i do tego, że nie była zwiększana od kilku lat – jest zbyt niska. Wątpię natomiast, czy uda się dziś przekonać Polaków, że za dodatkowe pieniądze rzeczywiście otrzymają lepszą opiekę zdrowotną. Jeżeli dziś jedną trzecią pieniędzy na ochronę zdrowia wykładamy z własnej kieszeni, to robimy to właśnie dlatego, żeby zyskać dostęp do świadczeń zdrowotnych. Jeżeli składka zdrowotna zostanie podniesiona, ale nic za to nie otrzymamy, wówczas każdy z nas będzie miał poczucie kolejnej daniny i zmarnowanych pieniędzy. Uważam, że najpierw trzeba gruntownie zreformować system, dołożyć do niego pieniędzy, przygotować go i przekonać wszystkich obywateli, że podniesienie składki ma sens.

” Wobec niedoboru kadr medycznych powinniśmy być otwarci na specjalistów spoza Polski – z Ukrainy czy z innych krajów. Ważne jest, żeby byli oni odpowiednio wykształceni, nie gorzej niż ci lekarze, którzy dziś leczą w polskich szpitalach. Myszę, że przepisy, które próbuje wprowadzać Ministerstwo Zdrowia, a które mają na celu umożliwienie lekarzom spoza Unii Europejskiej pracy bez nostryfikacji dyplomu, idą w złym kierunku

| Czy reforma systemu powinna dotyczyć również zarobków lekarzy? Czy według pana lekarze w Polsce dobrze zarabiają?

Myszę, że lekarze w Polsce nie zarabiają dobrze w stosunku do tego, jakie warunki mogą mieć na Zachodzie, a także w stosunku do tego, jaka jest ich odpowiedzialność. Chodzi też o mentalność naszego społeczeństwa. Przyzwyczailiśmy się do tego, że ponosimy koszty usługi fryzjera czy hydraulika, jesteśmy gotowi zapłacić za fachową wiedzę. Tymczasem kiedy idziemy do lekarza, oczekujemy, że ta usługa ma być wykonana za darmo. Niektórzy uważają, że przecież lekarz tylko sięgnął po długopis i wypisał receptę. Nie dostrzegamy, że żeby prawidłowo wypisać receptę i nas wyleczyć, lekarz uczył się wcześniej na przykład 15 lat. W związku z tym myszę, że zarobki lekarzy nie są adekwatne do doświadczenia. Ale oczywiście diabeł tkwi w szczegółach, bo rozwarstwienie płacowe w ochronie zdrowia w tej chwili jest bardzo duże. Trzeba przyznać, że są lekarze, którzy zarabiają dziś dużo lub bardzo dużo. I to dobrze, bo wykonują ciężką i odpowiedzialną pracę. Ale są też tacy, którzy za równie odpowiedzialną pracę otrzymują wynagrodzenia niegodne. O tym głównie rozmawialiśmy z mi-

nistrem zdrowia Łukaszem Szumowskim przed porozumieniem w lutym 2018 r. Chcieliśmy uregulować szczególnie kwestie niegodnie niskich wynagrodzeń tych specjalistów, którzy po prostu zarabiali za mało w stosunku do odpowiedzialności i wykonywanej pracy. Mam poczucie, że stawki w ochronie zdrowia w przypadku tych najgorzej zarabiających specjalistów wciąż nie zbliżają się nawet do stawek rynkowych. Z tego wynika odływ kadr ze szpitali, z systemu państwowego do systemu prywatnego i szerzej ze szpitali do ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

| Na plakacie promującym akcję „Polska to chory kraj” jest informacja, że na 1000 mieszkańców przypada u nas 2,4 lekarza. Jak wiemy, średnia w Unii Europejskiej wynosi 3,8. Limity przyjęć na studia medyczne rosną, a my wciąż mówimy o niedoborze kadr w ochronie zdrowia.

Dzisiaj rzeczywiście mamy najmniej lekarzy w całej Unii Europejskiej. Ale ci lekarze, którzy kończą studia, nie garną się do pracy w państwowym systemie, a robiąc specjalizację, myślą o tym, żeby jak najszybciej z tego systemu – mówię tutaj głównie o szpitalach – uciec do innych form wykonywania zawodu. Część lekarzy rozważa przebrzowanie się, część emigrację. Mówiąc językiem lekarskim: jeżeli mamy krwawienie, to powinniśmy je zatamować, a później podawać pacjentowi płyny i krew. Ekstrapolując to na system ochrony zdrowia: należy zachęcić lekarzy do pozostania w zawodzie, uszczelnić system, żeby lekarze nie chcieli zmieniać miejsca pracy, zachęcać ich do pracy w szpitalu, a dopiero później myśleć o tym, o czym dziś mówi Ministerstwo Zdrowia, czyli o zwiększaniu naboru na studia medyczne. Jeżeli nie poprawimy warunków pracy, to będziemy kształcić coraz więcej lekarzy, ale kształcić ich „na eksport”, a nie na potrzeby polskiego systemu ochrony zdrowia.

| Czyli jednym z pilnych problemów do rozwiązania jest zmiana warunków pracy lekarzy w polskich placówkach publicznych?

Zaryzykuję twierdzenie, że głównym problemem są dziś złe warunki pracy w polskiej ochronie zdrowia. Większym nawet niż niewystarczające wynagrodzenia, które wciąż odstają od proponowanych w Unii Europejskiej. Wynagrodzenia nie stanowią jednak takiego problemu jak złe czy bardzo złe warunki pracy w polskich szpitalach.

| Warunki pracy czy płaca – jakie są najpilniejsze oczekiwania?

Dziś mniej powinniśmy mówić o pieniądzu, a więcej o warunkach pracy. Jeżeli rozejrzemy się po rynku pracy i przeanalizujemy, czym dziś pracodawcy przyciągają pracowników: dodatkowa opieka zdrowotna, dodatkowe profity, nawet wygląd biur czy innych obszarów, w których dzisiaj się pracuje – i porównamy to z warunkami, w jakich przebywają dzisiaj na przykład lekarze na szpitalnych oddziałach, to już mamy pewną konstatację, dlaczego nie chcą tam pracować. Myszę, że od tego trzeba zacząć. Inaczej pracuje się w odnowionych, nowoczesnych pomieszczeniach, a inaczej w obdrapanym polskim szpitalu. Myszę, że to też obniża morale najmłodszych lekarzy, którzy porównują warunki w polskich szpitalach z sytuacją kolegów pracujących w innych miejscach. Nie mówiąc o wynaturzeniach wynikających z niedofinansowania systemu ochrony zdrowia. Dziś rozmawiamy o warunkach pracy, bo one też mają znaczenie i mogą przyciągnąć ▶



WYWIAD

Organizatorem akcji „Polska to chory kraj” jest Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie*Manifest*

Polska to chory kraj. Każdego roku nowotwory są przyczyną śmierci około 100 000 Polaków, a dostęp do leczenia raka jest na jednym z najniższych poziomów w Unii Europejskiej. Średni czas oczekiwania na wizytę u endokrynologa wynosi 24 miesiące, w kolejce do kardiologa dziecięcego czekamy 12 miesięcy. Na 1000 mieszkańców Polski przypada średnio 2,4 lekarza – to najmniej w całej UE, gdzie średnia wynosi 3,8.

To tylko kilka zatrważających statystyk, które zmuszają nas do ogłoszenia Narodowego Kryzysu Zdrowia.

Polska to chory kraj, dlatego zwracamy się z apelem do wszystkich polityków oraz osób mających wpływ na kluczowe decyzje o natychmiastowe działanie w duchu ponadpartyjnej jedności i ponadpartyjnej zgody w prowadzeniu odpowiedzialnej polityki zdrowotnej.

Jako obywatele jesteśmy zaniepokojeni stanem ochrony zdrowia i brakiem spójnej wizji systemu – jego koncepcji i celów na przyszłość. Zdrowie to kluczowa wartość dla każdego z nas. Tym bardziej to czujemy, im dalej zmierzamy w rozwoju gospodarczym i społecznym naszego kraju. Korzystanie z innych możliwości, które zapewnia nam rozwijający się świat, zawsze idzie w parze ze stanem naszego zdrowia.

Ubolewamy nad tym, jak głęboko zaniedbana jest sfera ochrony zdrowia w Polsce. Każde opóźnienie we wdrażaniu potrzebnych zmian jest działaniem przeciwko obywatelom. Dlatego apelujemy o przyjęcie poniższych sześciu punktów jako wstępu do realnej, odpowiedzialnej reformy systemu ochrony zdrowia. Apelujemy o ponadpartyjną zgodę oraz deklarację wszystkich polityków dotyczącą wprowadzenia w życie i dbania o realizację przygotowanych przez nas postulatów.

1. Osiągnięcie minimalnych publicznych nakładów na system ochrony zdrowia nie mniejszych niż 6,8 proc. produktu krajowego brutto do końca 2021 r. oraz 9 proc. PKB do końca 2030 r.



2. Utworzenie wspólnego Ministerstwa Zdrowia i Polityki Społecznej już od nadchodzącej kadencji parlamentu.
 3. Podjęcie natychmiastowych działań prowadzących do osiągnięcia średnich wskaźników długości i jakości życia oraz wyleczalności chorób nowotworowych i sercowo-naczyniowych co najmniej na poziomie średniej Unii Europejskiej nie później niż do 2024 r.
 4. Wprowadzenie maksymalnego czasu oczekiwania na pomoc lekarską lub badanie medyczne, określonego przez naukowców i lekarzy zajmujących się konkretnym zagadnieniem zdrowotnym.
 5. Zabezpieczenie miejsc opieki długoterminowej i geriatryi poprzez osiągnięcie średnich wskaźników Unii Europejskiej do 2024 r.
 6. Znacznie wyższy standard profilaktyki dziecięcej.
- Polska to chory kraj, ale wspólnie możemy go uleczyć!

► najlepszych specjalistów. Później oczywiście należy się zająć wynagrodzeniami. Właśnie w takiej kolejności. Taki pogląd reprezentują też studenci i młodzi lekarze, z którymi rozmawiam.

Na pewno należy poprawić warunki pracy tym lekarzom, którzy już są w systemie. Trzeba się zastanowić, jak uczynić zawód lekarza – szczególnie lekarza pracującego w szpitalu – bardziej zachęcającym dla młodych adeptów medycyny. Dzisiaj widzimy, że lekarze wybierają te specjalizacje, które łączą się głównie z opieką ambulatoryjną. Po prostu nie chcą pracować w szpitalu, bo tam odpowiedzialność jest de facto większa, przypadki trudniejsze, a płaca i warunki pracy nierzadko gorsze niż w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej. Myślę, że należy rozmawiać o tym, jak faworyzować szpitale względem innych miejsc wykonywania zawodu, również dlatego, że lekarze odchodzą ze szpitali i jest ich zbyt mało w stosunku do potrzeb. To sprawa pierwsza. Oczywiście należy zwiększać nabór na studia, tak jak to się dzieje, ale z zastrzeżeniem dbałości o jakość kształcenia.

Profesor Andrzej Matyja w rozmowie z „Kurierem Medycznym” zwrócił uwagę na zagadnienie kształcenia lekarzy w języku angielskim oraz zasugerował, że powinniśmy zmniejszyć limit przyjęć na takie studia. Jest opinia, że ci lekarze wcześniej czy później wyjadą z Polski.

Podzielam ten pogląd. Dzisiaj grupy na studiach są zbyt duże, uczelnie mają zbyt mało kadry. Dlaczego otwieramy nowe kierunki medyczne na uczelniach do tego nieprzygotowanych albo

niemających doświadczenia zamiast wykorzystać tę bazę i kształcić więcej polskich studentów albo w ogóle studentów, którzy będą pracowali w Polsce? Rzeczywiście, studenci anglojęzyczni w większości wyjeżdżają z Polski. Myślę, że można przychylić się do poglądu reprezentowanego przez członków Naczelnej Rady Lekarskiej, że należy kształcić ich mniej, nawet kosztem uszczuplenia dochodów uniwersytetów. Dzięki temu moglibyśmy kształcić więcej lekarzy dla Polski.

Wówczas konieczne mogłoby się stać dofinansowanie polskich uczelni medycznych.

Chodzi głównie o pieniądze. Jeżeli uniwersytet dostanie więcej pieniędzy za studentów polskojęzycznych, to nie będzie musiał zwiększać naboru na kierunek anglojęzyczny, z którego tak naprawdę czerpie zysk. Będzie mógł skupić się na kształceniu polskiej kadry.

Wielu ekspertów podkreśla rolę lekarzy z Ukrainy. Czy powinniśmy przyjmować i zatrudniać lekarzy z Ukrainy w Polsce?

Myślę, że wobec niedoboru kadr medycznych powinniśmy być otwarci na specjalistów spoza Polski – z Ukrainy czy z innych krajów. Ważne jest, żeby byli oni prawidłowo wykształceni, nie gorzej niż ci lekarze, którzy dziś leczą w polskich szpitalach. Myślę, że przepisy, które próbuje wprowadzać Ministerstwo Zdrowia, a które mają na celu umożliwienie lekarzom spoza Unii Europejskiej pracy bez nostryfikacji dyplomu, idą w złym kierunku. W ochronie zdrowia najważniejsza jest jakość – mówiliśmy o tym zresztą

”
Polska to chory kraj. Chory dlatego, że mamy najmniej lekarzy w całej Unii Europejskiej, że wydłużają się kolejki, że dostępność leczenia jest niewystarczająca. Chory dlatego, że nie ma odpowiedniej opieki geriatrycznej, że kuleje profilaktyka

w trakcie protestu głodowego. Musimy mieć gwarancję, że lekarz z zagranicy będzie odpowiednio wykształcony. Pozostawienie dyrektorom szpitali możliwości zatrudnienia lekarzy bez nostryfikacji dyplomu to tak naprawdę eksperyment na bijącym sercu. Moim zdaniem nie możemy dopuścić do tego, że do pracy z pacjentami w polskim szpitalu zostanie dopuszczony lekarz, który nie jest właściwie przygotowany. Powinniśmy od początku być pewni, że zatrudniamy dobrze wykształconego specjalistę.

Czy cyfryzacja może pomóc w rozwiązaniu problemów finansowych ochrony zdrowia?

Dużo mówi się o cyfryzacji w ochronie zdrowia, jednak nie jest spełniony jej podstawowy warunek – wciąż nie mamy dostępu do elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta. To co się dzieje w tej chwili w cyfryzacji w ochronie zdrowia, to tak naprawdę przepisywanie rozwiązań papierowych na wersje elektroniczne. To nie rozwiązuje problemów. Nie widać długofalowej strategii e-zdrowia dla naszego kraju, nie widać dobrze zaprojektowanego systemu. Myślę, że jeżeli chodzi o cyfryzację, to jesteśmy na początku drogi, a z uwagi na brak strategii dla tego sektora mam obawy, że szybko to się nie zmieni.

Wprowadzono obowiązek wystawiania zwolnień w formie elektronicznej. Czy to utrudniło czy ułatwiło pracę lekarzy?

Na pewno e-zwolnienia usprawniły pracę lekarzy, to niewątpliwie jest ułatwienie. Zwracam natomiast uwagę, że nie jest to dostosowanie systemu do nowoczesnych realiów. Wprowadzane rozwiązania już na początku mogą być przestarzałe. Pracę Ministerstwa Zdrowia w zakresie cyfryzacji oceniam dobrze, gdyż odnoszę się do tego, co działo się wcześniej w tym obszarze. Niestety, nie działo się nic lub prawie nic. Teraz cyfryzacja rzeczywiście ruszyła – z poziomu niemal zerowego. Ale trzeba też zdać sobie sprawę, że jesteśmy wszyscy ofiarami pewnego zabiegu marketingowego Ministerstwa Zdrowia. Gdyby dziś Janusz Cieszyński był ministrem cyfryzacji, to z pewnością nie bylibyśmy tak huraoptymistyczni, jeśli chodzi o postęp cyfryzacji w ochronie zdrowia, tylko uznalibyśmy, że po prostu robi swoją robotę. Tymczasem, ponieważ ma afiliację Ministerstwa Zdrowia, mówimy, że ten resort wychodzi przed szereg, a minister do spraw cyfryzacji świetnie daje sobie radę. Tak, prace rzeczywiście postępują, ale to stanowczo zbyt mało i zbyt wolno.

Na koniec nawiążę do początku naszej rozmowy i niedawnej kampanii wyborczej. Czy wierzy pan w porozumienie ponad podziałami w kwestii wizji ochrony zdrowia w Polsce?

Z natury jestem optymistą, jednak widząc treść *Paktu dla zdrowia 2030*, który podpisali interesariusze ze wszystkich stron politycznego sporu, tracę nadzieję. Jeżeli mówimy o dośrodku do średniej unijnej nakładów na ochronę zdrowia w 2030 r., to oznacza, że politycy wciąż grają na arenie ochrony zdrowia szalenie zachowawczo i po prostu boją się tego tematu. Są gotowi zgadzać się tylko na to, co jest bezpieczne i nie obciąża ich odpowiedzialnością. Tymczasem dalej unikać odpowiedzialności za ten sektor po prostu się nie da. Wierzę, że porozumienie jest możliwe, ale obawiam się, że nie na gruncie politycznym. A dziś to politycy decydują o kształcie ochrony zdrowia w Polsce, i to smutna konstatacja. ■