



” Postulaty krajowego zjazdu lekarzy były jednoznaczne – również w obszarze

Zasilić system

Rozmowa z Konstantym Radziwiłłem, prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej

Samorząd lekarski od dawna ma własny projekt reformy zdrowia. Jak on się ma do pomysłów zaprezentowanych już przez poszczególne zespoły pracujące nad tym zagadnieniem?

Nasze środowisko domaga się kontynuowania systemu ubezpieczeniowego. Tymczasem w raporcie prof. Włodarczyka jest mowa o tym, żeby co prawda kontynuować zbieranie składki, natomiast jednocześnie stosować tzw. obywatelskie prawo do świadczeń. Oznacza to, że prawo do świadczeń będą mieli również ci, którzy nie płacą składki. A niby dlaczego?

Dlatego, bo mamy zasadę solidaryzmu społecznego – za tych, których nie stać, płacą zamożniejsi.

Ależ czym innym jest udzielenie pomocy człowiekowi, który wpadł pod tramwaj, a czym innym – kto ma za to zapłacić! Jeśli jest ubezpieczony, to płaci firma ubezpieczająca, jeśli nie, to sam, a jeśli go nie stać, to za niego płaci państwo. Problem w tym, że u nas ci, którzy nie są ubezpieczeni, nie zawsze są biedni. Niestety, bardzo wielu funkcjonuje doskonale w czarnej strefie gospodarki i dlatego ja mam za nich płacić?! Powinny być jasne reguły gry – jeżeli cię nie stać, to skorzystasz z pomocy państwa. Celowość pomocy, która dociera do konkretnej osoby łatwiej zweryfikować. I drugi problem, związany z naszym członkostwem w UE. Obywatelski tytuł do świadczeń będzie oznaczał, że takie same prawa uzyska każdy obywatel UE, który będzie chciał leczyć się w Polsce. W praktyce może okazać się, że ci, którzy nie są objęci prawem do określonych świadczeń, np. w Niemczech, mają do nich prawo w Polsce.

A stosunek do Narodowego Funduszu Zdrowia?

Eksperti ministra zdrowia przewidują, że ta instytucja przetrwa. Co prawda, mówią o większej autonomii oddziałów regionalnych, o większej swobodzie działania, ale widać,

A co Pan sądzi o pomysłe, aby dopuścić do systemu prywatnych ubezpieczycieli? Nie tylko do tzw. ubezpieczeń dodatkowych, ale do systemu ubezpieczeń powszechnych. Wtedy byłoby powiedzmy 20 czy 50 prywatnych instytucji, które ubiegałyby się o publiczne pieniądze.

Docelowo powinno tak być. Jedynym ograniczeniem liczby takich firm powinna być pojemność rynku. Natomiast nie można tego systemu wprowadzić z dnia na dzień. Musimy znaleźć formułę łagodnego przejścia od jednego systemu do drugiego. Dlatego pomysł tymczasowego utworzenia kilku publicznych funduszy regionalnych uważam za celowy.

Który system ochrony zdrowia jest Panu najbliższy?

Francuski. Występuje tam duży element współpłacenia przez pacjenta. Pozwala ono na upodmiotowanie obywatela, który wie, za co i ile płaci, i w związku z tym racjonalizuje zachowania pacjenta. Ogromna większość Francuzów chce usług wykraczających poza oferowany koszyk, ale wie, że musi za nie dopłacić. W ten sposób system otrzymuje także dodatkowe środki.

W projekcie opracowanym przez grupę kierowaną przez prof. Włodarczyka też mówi się o konieczności współpłacenia przez pacjentów.

Nie zgadzam się jednak z podziałem na 3 grupy świadczeń, z których *niezbędne* mają być bezpłatne, *dodatkowe* – częściowo płatne i *uzupełniające* – całkowicie płatne. Uważam, że nic nie stoi na przeszkodzie, aby również świadczenia *niezbędne* były częściowo płatne. Jeżeli pacjent chce wykonywać sobie co miesiąc badania poziomu cholesterolu we krwi, to powinien za każde zapłacić np. 3 zł. Jeżeli badanie jest bezpłatne, to jedynym *hamulcowym* jest lekarz, któremu trudno przekonać pacjenta do rzadszego wykonywania badania. Natomiast, gdy badanie będzie czę-

powszechnego ubezpieczenia powinna być możliwość konkurencji ubezpieczycieli ”

że nie chcą, aby powszechne ubezpieczenie zdrowotne było realizowane przez wiele konkurujących podmiotów, w tym także niepublicznych.

Jak Pan ocenia pomysł zespołu prof. Religi, aby funduszy było nie 16, a 4-6?

Takie były początkowe zapowiedzi wyborcze SLD, który mówił o konieczności likwidacji kas chorych i zastąpieniu ich kilkoma funduszami regionalnymi. Jednak z czasem minister Łapiński wykonał wolę i utworzył NFZ. Pomysł Religi jest godny rozważenia. Na pewno płatnikiem nie powinna być jedna instytucja.

ściowo płatne, to lekarz za nie zapłaci, ale pacjent również poczuje, że nic nie jest za darmo. I wówczas może racjonalizuje swoją postawę – nie będzie żądał badania cholesterolu co miesiąc, ale powiedzmy co roku.

Koszty zbierania niewielkich sum mogą przewyższać wpływ z tego tytułu.

Dlatego jestem przeciwny opłatom tzw. symbolicznym. Znamienne, że lekarze w Niemczech, którzy od początku tego roku zostali zmuszeni do pobierania dopłat w wysokości 10 euro protestują, że suma jest zbyt niska, bo tyle kosztuje hamburger. Oczywiście, u nas relacje cenowe są inne, ale

nie mogą to być dopłaty – jak chcą niektórzy – w wysokości 1–2 zł!

Czyli 5 czy 30 zł?

Nie wiem, czy akurat tyle, to trzeba dokładnie wyliczyć. Natomiast opłaty powinny: po pierwsze – zarobić na system ich zbierania i po drugie – powinny być na tyle duże, aby pacjenci chcieli się od nich doubezpieczać. Propozycje zespołu prof. Włodarczyka są w tym względzie niezwykle niejasne i skomplikowane. Uważam, że powinniśmy w tym obszarze wzorować się na systemie francuskim, gdzie stopień współpłacenia jest odwrotnie proporcjonalny do ciężkości i przewlekłości choroby. Im choroba jest cięższa i bardziej przewlekła, tym współpłacenie powinno być niższe, albo nawet wynosić zero. Tak, jak z lekami – gdzie leki onkologiczne są za darmo, jak z transplantacjami serca – nikt nie żąda dopłat w wysokości 1 procenta od transplantacji, bo i tak kwota powiedzmy 5 tys. zł przekraczałaby możliwości niejednego chorego. Natomiast nic nie stoi na przeszkodzie, aby np. za każdą wizytę u lekarza pierwszego kontaktu pacjent zapłacił 30 zł!

Już widzę, jak politycy narażają się opinii publicznej, uchwalając takie dopłaty.

I na tym właśnie polega nasze nieszczęście: brak zgody politycznej na radykalne zmiany blokuje wszystko. Tymczasem, gdybyśmy przyjęli zasadę współpłacenia, to można by ją konstruować w różny sposób, korzystać z najróżniejszych wzorów. Na przykład bardzo ciekawy system obowiązuje w Szwecji. Jeśli udaje się pan do lekarza pierwszego kontaktu, to za pierwszą wizytę płaci pan – powiedzmy – pełną cenę, za drugą już tylko połowę, za trzecią 1/5 ceny, a od czwartej wizyty nic pan nie płaci. Podobnie – coraz mniej płaci się tam za leki. Za leki do pewnej ustalonej kwoty trzeba płacić z kieszeni, a po jej wyczerpaniu są już za darmo. System skonstruowany jest wokół jednej zasady: jeżeli ktoś choruje sporadycznie, to płaci za to, jeżeli zaś jest chory ciężko lub przewlekłe, co znajduje odzwierciedlenie w jego kontaktach ze służbą zdrowia i w pogorszeniu statusu ekonomicznego, to współpłacenie spada nawet do zera. Na tym polega solidaryzm społeczny, a jednocześnie zachowanie bodźców racjonalizujących zachowania.

Pan jest lekarzem pierwszego kontaktu. Nadal, mimo licznych funkcji, przyjmuje Pan pacjentów?

Codziennie rano, a często również wieczorem.

Jakie zmiany powinny dokonać się w tej sferze?

Generalnie patrząc, na tle powszechnej mizerii, jest to obecnie najlepiej funkcjonująca część systemu. Docelowo jednak już teraz widać, że kapitałowa metoda płacenia za usługi lekarza pierwszego kontaktu i ścisłe egzekwowanie zasady *gate keepera* jest nie na miarę dzisiejszych czasów. Przyjęte zasady są – na tle obowiązujących na Zachodzie – wyraźnie anachroniczne.

Dlaczego?

Wszędzie płaci się za faktycznie wykonaną pracę, a nie za gotowość do pracy. Poza tym, przyjęty system odzwierciedla anachroniczne traktowanie pacjenta z dozą paternalizmu: *oto my, lekarze, jesteśmy odpowiedzialni za zdrowie narodu*. Tymczasem obywatel może o wiele więcej sam zrobić dla swojego zdrowia niż lekarz. Wystarczy, że przestanie palić, zacznie się zdrowo odżywiać, ruszać się itp. i uzyska o wiele więcej, niż w trakcie leczenia.

Lekarz rodzinny w Polsce limituje dostęp do specjalisty, do świadczeń zdrowotnych.

W coraz bardziej świadomym społeczeństwie jest to zasada nie do utrzymania, bo na jakiej podstawie to czyni?! Jednak ten system się utrzymuje, bo jego konstrukcja jest niezwykle wygodna dla płatnika. Jeśli jest jeden, w dodatku państwowy, to nie swoimi rękami, tylko lekarzy, ogranicza dostęp pacjenta do droższych poziomów leczenia. To skąpstwo szyte grubymi nićmi, nie do utrzymania na dłuższą metę. Pacjenci w XXI wieku chcą się leczyć tam, gdzie sami zdecydują!

Ależ taki właśnie system utrzymuje się jeszcze w Wielkiej Brytanii.

Proszę jednak zauważyć, że poziom satysfakcji z opieki zdrowotnej jest tam najniższy w Europie. System *gatekeepingu*, w którym lekarz rodzinny jest panem życia i śmierci swojego podopiecznego powoduje, że pacjenci są w coraz większym stopniu niezadowoleni i system zmienia się.

Zespół ministerialny przedstawił 152 strony opinii ekspertów. Czy, Pańskim zdaniem, ten dokument nadaje się do tego, aby w oparciu o zaproponowane rozwiązania zreformować ochronę zdrowia?

Praca ekspertów to esej, materiał do dyskusji. Chciałbym nie rozprawiać o wartościach esejów, ale móc ustosunkować się do konkretnych propozycji, pod którymi podpisany jest organ konstytucyjnie odpowiedzialny za system – minister zdrowia. Chciałbym w końcu wiedzieć, czy proponuje się u nas system ubezpieczeniowy, czy nie; czy ma być konkurencja wśród ubezpieczycieli, czy nie; czy proponuje się współpłacenie pacjentów, czy nie; czy kontraktowanie będzie odbywało się jak dotychczas, czy w systemie otwartym itd. Chciałbym też wiedzieć, jak zamierzamy zabezpieczyć się przed zagrożeniami, jakie niesie wstąpienie do Unii, pozwalającymi polskim pacjentom leczyć się – w przypadkach nagłych – w placówkach za granicą, co może spowodować wyciek z systemu 1,5 do 2 mld zł rocznie. Brakuje mi w tym wszystkim konkretów! Dotychczas ani premier, ani minister zdrowia nie wypowiedzieli się, jak ma wyglądać, choćby w zarysie, system, który ma zostać wprowadzony od 1 stycznia. A jest już najwyższy czas, aby zacząć przekuć projekt w ustawę.

Jest Pan optymistą czy pesymistą?

Niestety, pesymistą. Nie widzę żadnej pracy nad niezbędnym przekonywaniem opinii społecznej do jakiejś konkretnej propozycji reformy. A wchodzimy w gorący okres wyborczy, krzykaczy politycznych nam nie brakuje i obawiam się, że w takiej sytuacji po prostu nie zdążymy wynegocjować niczego mądrego. A więc, obawiam się, że z wielkiej chmury spadnie malutki deszczyk, skończy się na minimalnych zmianach, które wprowadzi się tylko po to, aby jakoś odpowiedzieć na zarzuty stawiane przez sędziów Trybunału Konstytucyjnego. A więc w przyszły rok wejdziemy z nową ustawą, ale z niedobrymi zjawiskami znanymi z poprzednich lat: wszystko będzie dokonywało się w ostatniej chwili; do końca nie będzie wiadomo, jak się kontraktuje świadczenia; nie będzie wielu ważnych aktów wykonawczych do ustawy, bo minister nie zdąży ich przygotować itd., itp. Oby się to nie sprawdziło!

Rozmawiał Janusz Michalak