



JAKIE 6 PROCENT?

POTRZEBNE JEST 6,8 PROCENT!

Rozmowa z Andrzejem Matyją, prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej

Tuż po wyborze na obecną funkcję zapowiedział pan starania o przyspieszenie tempa dochodzenia do poziomu wydatków na zdrowie w wysokości 6% PKB. Stawia pan zatem sprawę ostrzej niż rezydenci, którzy ostatecznie z obecnym tempem chyba się pogodzili. Będzie wobec tego wznowienie protestu?

O wznowieniu protestu nie mówmy. Porozumienie rezydentów go zakończyło. Tyle, że z tak niskim tempem wzrostu nakładów nie powinniśmy się godzić i będziemy do tego przekonywać. Bo o zbyt niskich nakładach na ochronę zdrowia wszyscy mówimy od bardzo wielu lat. Oczekujemy, że obecnie rządząca ekipa polityczna podniesie poziom finansowania nie tylko

do zapowiadanych 6% PKB, ale do 6,8% jako oczekiwanego poziomu publicznych wydatków na ochronę zdrowia. Przemawia za tym kilka argumentów. Po pierwsze – konieczne jest zmniejszenie dystansu, jaki dzieli Polskę od zdecydowanej większości krajów europejskich. W tych krajach obserwujemy stały wzrost publicznych wydatków w odniesieniu do PKB i ten trend zapewne się utrzyma, tak więc niezwiększenie nakładów przez Polskę zwiększy w rzeczywistości dystans dzielący nas od Unii Europejskiej w tej sferze życia. Po drugie – koszty bezosobowe w medycynie, m.in. ceny wielu nowoczesnych technologii i leków, są w Polsce podobne jak w wysoko rozwiniętych krajach świata albo nawet wyższe. Nie powinniśmy mówić o koszcie leczenia w odizolowaniu od całkowitych

kosztów będących konsekwencją zachorowania. Te dodatkowe koszty to absencja pracownika w pracy, zabezpieczenie socjalne, a w przypadku opóźnionego leczenia – koszty leczenia powikłań. Choroba dłuższa niż w przypadku optymalnej terapii generuje dodatkowy zbędny koszt dla systemu ubezpieczeń – kosztuje gospodarkę z powodu wyłączenia pacjenta z pracy, kosztuje wreszcie rodzinę, której dobro jest jedną z podstawowych wartości. Zgodnie ze starym powiedzeniem finansistów, odsunięty w czasie wydatek nie jest oszczędnością. Co z tego, że dziś „zaoszczędzimy” i wydamy na leczenie mniej, jeżeli w przyszłości zapłacimy za tę zwłokę z nawiązką? Po trzecie – dochodzenie do poziomu 6% PKB szybciej, niż jest to zaplanowane, po prostu się opłaca. Jestem przekonany, że jeśli wykonano by rzetelną analizę skutków dla budżetu inwestycji w zdrowie (korygując *in minus* koszty ZUS, a *in plus* tempo wzrostu gospodarczego), nikt myślący racjonalnie nie miałby wątpliwości, że szybsze dojście do poziomu wydatków 6% PKB to mądra decyzja ekonomiczna.

Wspomniał pan o kosztach bezosobowych. A co z kosztami osobowymi?

Nie można zapominać, że lekarze i inne grupy zawodowe w ochronie zdrowia będą dążyć do podwyższenia swoich zarobków, by chociaż trochę zbliżyć się do średniej europejskiej. Lekarze chcą odejścia od ciągłego dorabiania poprzez mnożenie miejsc swojego zatrudnienia, co zagraża bezpieczeństwu pacjentów, samych lekarzy i ich najbliższych. Już dzisiaj brakuje lekarzy i pielęgniarek. Jeżeli nie zaczniemy szybko wyrównywać poziomu wynagrodzeń, to deficyt ten będzie znacząco narastać. Musimy przestać patrzeć na wydatki na ochronę zdrowia jak na koszt. To także inwestycja, która przynosi wymierny zwrot finansowy. Wreszcie korzyści polityczne – wkrótce wybory, a Polacy mają już dość opowieści o skracaniu kolejek.

A co z argumentem, że nie stać nas na to, że nie ma pieniędzy?

To pożyczmy, choćby w bankach. Dlaczego nie? Proszę spojrzeć tylko na argumenty finansowe, których rząd użył w trakcie dyskusji o wprowadzeniu e-zwolnień. Mają one przynieść 3–4 mld zł oszczędności. Rząd używa argumentów ekonomicznych, a skoro jest na nie wrażliwy, to użyjmy ich. Skoro same e-zwolnienia mają przynieść tak duże efekty, to jak wielkie oszczędności przyniosłyby odpowiednie inwestycje w poprawę leczenia schorzeń chociażby kardiologicznych i onkologicznych, jak zmieniłaby się na lepsze siła całej naszej gospodarki, jak zmalałyby wydatki na świadczenia socjalne? Skoro wiemy, że takie oszczędności są możliwe, po prostu zróbmy wszystko, by po nie sięgnąć.

CO Z TEGO, ŻE DZIŚ ZAOSZCZĘDZIMY

I WYDAMY NA LECZENIE MNIEJ,

JEŻELI W PRZYSZŁOŚCI

ZAPŁACIMY ZA TĘ ZWŁOKĘ Z NAWIĄZKĄ?

W Polsce brakuje lekarzy. Ma pan pomysł, jak te braki uzupełnić?

Emigracja polskich lekarzy i lekarzy dentyków, która nastąpiła zwłaszcza w ostatnich latach, po wejściu Polski do Unii Europejskiej, była emigracją przede wszystkim zarobkowo-szkoleniową. Kuszące okazały się nie tylko zdecydowanie lepsze zarobki, lecz także szerokie wsparcie i liczne udogodnienia dla rozwoju zawodowego. Strata, jaką ponieśliśmy z tego powodu, jest trudna do odrobienia. W ciągu ostatnich lat wyjechało wielu zdolnych, młodych, kreatywnych lekarzy, dobrze znających języki obce, niebojących się nowych wyzwań.

Chcemy zwiększyć liczbę kształconych lekarzy, myślimy o zachęcaniu lekarzy z zagranicy do pracy w Polsce. Są różne pomysły, jak tę stratę nadrobić.

Ale efekty nie przyjdą szybko. Uważam, że należy w pierwszej kolejności odciążyć lekarzy od wykonywania czynności niezwiązanych bezpośrednio z leczeniem pacjentów. Lekarze powinni przede wszystkim leczyć, a nie liczyć czy wypełniać coraz większe stosy papierów i plików dla urzędników, którzy i tak ich potem nie analizują. Mam na myśli sprawozdawczość na potrzeby NFZ, różnego rodzaju rejestrów itp., mozolnie zbieraną, czasochłonną, ale niewykorzystywaną do prowadzenia właściwej polityki zdrowotnej. Należy walczyć z biurokracją, ale też przekazać wiele dotychczasowych obowiązków innym pracownikom, ponieważ zatrudnianie do nich lekarzy specjalistów jest zwykłym marnotrawstwem. Z perspektywy zarządzania zasobami w medycynie najcenniejszy jest czas pracy lekarza. Nie liczymy, ile „lekarskich głów” mamy w systemie. Liczymy całkowity czas, jakim dysponują. Lekarze powinni zajmować się leczeniem. Po to państwo podejmuje olbrzymi wysiłek finansowy i organizacyjny ich kształcenia.

Tymczasem następuje proces odwrotny. Właśnie storpedowano projekt przewidujący, że w niektórych wypadkach zgon będzie mógł stwierdzić ratownik. Dziś jest tak, że nawet w wypadku dekapitacji konieczne jest wezwanie lekarza do



Z PERSPEKTYWY ZARZĄDZANIA ZASOBAMI

W MEDYCYNIE NAJCENNIJSZY

JEST CZAS PRACY LEKARZA.

NIE LICZMY, ILE LEKARSKICH GŁÓW

MAMY W SYSTEMIE.

LICZMY CAŁKOWITY CZAS, JAKIM DYSPONUJĄ

stwierdzenia zgonu. Czy naprawdę trzeba skończyć uniwersytet na wydziale lekarskim, żeby stwierdzić, że człowiek pozbawiony głowy nie żyje?

Oczywiście nie, jednak użył pan barwnego, ale niezmiernie rzadko występującego przykładu. Dziś stwierdzenie zgonu jest ważne nie tylko z punktu widzenia pochówku, ale wiąże się także z działaniem całego systemu pozyskiwania narządów do transplantacji od zmarłych dawców. Akurat w tym wypadku utrzymałbym zasadę, że zgon musi stwierdzić lekarz.

Jak pan sądzi, kiedy nastąpi moment, w którym z ulgą będziemy mogli stwierdzić, że mamy wystarczającą liczbę lekarzy?

Ze względu na proces kształcenia szybki wzrost kadr lekarskich nie jest możliwy. To kwestia raczej dekady niż lat. Każda chwila, której nie poświęcamy pacjentom, to marnotrawstwo kapitału publicznego i dramatyczna strata dla pacjentów. W tej sprawie jest ogrom działań, które są możliwe do podjęcia – od kwestii organizacji samej opieki nad pacjentem, narzędzi diagnostycznych, informatycznych, dostępu do literatury, dzielenia się wiedzą, poprzez osoby wspierające pracę lekarza i przejmujące od niego zadania, po obciążenia administracyjne, które powinny być racjonalne. To jest potencjał, który należy wykorzystać. Wtedy także dyskusja o wynagrodzeniach lekarzy będzie miała inny kontekst, bo – ponownie podkreślam – wykorzystanie potencjału tego zawodu po prostu się gospodarce opłaci.

Jest pan profesorem. I jako profesora chciałbym zapytać: czy w Polsce działa lobby profesorskie?

Nie wszędzie. Wszystko zależy od ludzi. Ale oczywiście w niektórych strukturach tak. Ostatnio jednak wiele się zmieniło.

Dopytuję o to, bo lekarze – także ci, którzy wyemigrowali – narzekają, że w naszym kraju niewiele się zmieniło od czasów pokazanych w filmie „Bogowie”. Że rozwój karier lekarskich zależy od zdania profesora prowadzącego katedrę czy klinikę. I dla lekarza, który podpadł, który nie chce się z tym pogodzić, szukanie innego ośrodka, również za granicą, jest jedynym wyjściem.

Mogę się zgodzić, ale tylko częściowo. Nie trzeba szukać za granicą, mamy w Polsce coraz więcej nowoczesnych ośrodków, w których można rozwijać lekarskie kariery. I te ośrodki poszukują ambitnych lekarzy, klinicystów, naukowców. Ale problem rzeczywiście istnieje. Mogę jedynie zaapelować do kolegów profesorów, przypominając, że naszą misją jest także pozostawienie po sobie nowego pokolenia wychowanków i ułatwienie im – a nie utrudnianie – karier.

Mówił pan o konieczności poprawy relacji lekarz – pacjent.

Te relacje są szczególnie ważne dla wypełniania zasady *salus aegroti suprema lex esto* – dobro chorego najwyższym prawem. W obowiązującym modelu ochrony zdrowia dochodzi często do uprzedmiotowienia zarówno pacjenta, jak i lekarza. Trudno mówić o tworzeniu właściwego klimatu dla jakże ważnego zaufania, kiedy lekarz z konieczności musi koncentrować się na wypełnianiu sprawozdań, tworzeniu dokumentacji itp. Jeśli rozwiążemy kwestie finansowania ochrony zdrowia, organizacji pracy, to pomijając sytuacje incydentalne, problem relacji lekarz – pacjent po prostu przestanie istnieć. Co takiego może zaszkodzić tej relacji w sytuacji, gdy lekarz będzie dostępny, poświęci pacjentowi tyle czasu, ile ten pacjent potrzebuje, wykorzysta w pełni swoje kompetencje, nie będzie się zastanawiał, jak mógłby go leczyć, tylko jak będzie go leczył, bo będą na to środki i zasoby? Leczymy pacjenta, a nie chorobę czy jej objawy.

Lekarz to zawód zaufania publicznego – jak o to zaufanie dbać, co je niszczy?

Zaufanie zdobywa się stopniowo i z czasem, ale bardzo szybko można je stracić. Podważanie tego zaufania nie tylko odbija się negatywnie na relacjach lekarz – pacjent, ale też szkodzi procesowi diagnostyczno-lekarskiemu. Wywiad lekarski – niezależnie od wielu nowoczesnych technologii diagnostycznych – był, jest i będzie jednym z fundamentów praktyki lekarskiej. Zaufanie wymaga czasu i sprawdzenia się w sytuacjach kryzysowych. Jeśli tego czasu brakuje, jeśli brak ciągłości opieki nad pacjentem, jak możemy mówić o budowie relacji opartych na zaufaniu? Tytuły naukowe, wiedza, kompetencje i najlepsze chęci lekarzy nie rekompensują braku czasu, pośpiechu, braku ciągłości i koordynacji opieki medycznej. Nie wykluczą także błędów czy niedopatrzeń, jeśli będziemy pracować w stałym deficycie czasu i pod presją rygorów administracyjnych. Lekarze, a jestem przekonany, że także pielęgniarki, położne, fizjoterapeuci, diagnosty oraz przedstawiciele innych zawodów medycznych i administracyjnych związanych z ochroną zdrowia – wszyscy jesteśmy przygotowani do wyzwań i pragniemy to zaufanie w relacji z pacjentem kształtować. Problemem jest system, który z jednej strony nie wykorzystuje potencjału środowiska medycznego, a z drugiej nie stawia pacjenta, jego dobra, w centrum swoich działań. To kwestia absolutnie fundamentalna, którą należy rozważać w kategoriach wręcz kultury organizacyjnej systemu ochrony zdrowia i tego, jakie środowisko pracy dla dobra pacjenta tworzy.

MOGĘ ZAAPELOWAĆ DO KOLEGÓW PROFESORÓW,

PRZYPOMINAJĄC, ŻE NASZĄ MISJĄ

JEST TAKŻE POZOSTAWIENIE

PO SOBIE NOWEGO POKOLENIA

WYCHOWANKÓW I UŁATWIANIE IM

– A NIE UTRUDNIANIE – KARIER

Fachu lekarskiego nie można się nauczyć raz na całe życie. Jak pan ocenia – czy polscy lekarze dobrze radzą sobie z obowiązkiem ustawicznego kształcenia? Jak to sprawdzić? Każdy lekarz ma obowiązek zgromadzenia odpowiedniej liczby punktów edukacyjnych. Tylko nikt tego obowiązku nie egzekwuje...

Kształcenie ustawiczne jest bezdyskusyjnym obowiązkiem współczesnego lekarza. Na szczęście może być realizowane w różnych formach, także tych nowoczesnych. Krajowy Zjazd Lekarzy przyjął przed laty stanowisko, w którym zwrócił uwagę, że rozliczanie lekarzy z obowiązku zdobywania punktów edukacyjnych powinno być wprowadzone dopiero wtedy, kiedy będzie możliwe włączenie poniesionych kosztów do rocznego rozliczenia podatkowego. Wobec postępu wiedzy i technologii kwestia ciągłej edukacji to temat, którego nie można pominąć. To problem czasu na edukację, zasobów informacyjnych, uniwersalnego dostępu do literatury, narzędzi wymiany wiedzy i kompetencji, doskonalenia umiejętności w centrach edukacyjnych. To konieczny ekosystem rozwoju zawodowego lekarza i każdego przedstawiciela zawodu medycznego. Dziś ten ekosystem jest daleki od ideału, głównie ze względu na brak czasu, zasobów i pieniędzy. Należy jednak przyznać, że w ostatnich latach w tym obszarze dużo się już poprawiło. Powstały nowoczesne centra symulacji i edukacji medycznej. Nasze ośrodki zyskują światową uwagę w zakresie jakości kształcenia i przyciągają lekarzy z całego świata. Nadal jednak głównym problemem pozostaje obciążenie personelu medycznego zadaniami niezwiązanymi wprost z leczeniem i brak czasu na edukację. Celowe wydaje się rozważenie odpowiednich zachęt – finansowych i organizacyjnych. Edukacji, tak jak całości systemu ochrony zdrowia, musi przyświecać wspólny i oczywisty sens – pacjent. Jeśli dopilnujemy, aby z tej właśnie perspektywy analizować każdy wydatek, każde działanie, to jestem przekonany, że nie będzie problemu, którego nie mogliśmy wspólnie w środowisku rozwiązać.

Rozmawiał Bartłomiej Leśniewski