

## WYWIAD

Rozmowa z **prof. dr. hab. n. med. Andrzejem Matyją**, prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej na temat „Porozumienia dla zdrowia” jako nowej wizji ponad podziałami

# Wizja zdrowia

**| Czy mamy w Polsce wypracowaną strategię dla ochrony zdrowia? Czy zostały określone cele długoterminowe – na 5 lub 10 lat? Czy sądzi Pan, że jest szansa na stworzenie wizji apolitycznej, wspólnej dla wszystkich opcji?**

Tuż przed końcem kampanii wyborczej, 8 października, „Dziennik Gazeta Prawna” opublikował „Pakt dla zdrowia 2030 ponad podziałami” podpisany przez przedstawicieli Prawa i Sprawiedliwości, Platformy Obywatelskiej, Polskiego Stronnictwa Ludowego i Lewicy. Każda ponadpartyjna inicjatywa służąca poprawie ochrony zdrowia w Polsce powinna cieszyć. Naczelna Rada Lekarska od dawna apeluje o porozumienie ponad podziałami politycznymi w sprawie zdrowia. Nie znaczy to jednak, że będziemy podchodzili do nich bezkrytycznie. Niestety przedstawiona lista 11 punktów dotyczących finansowania, kadr, leków, profilaktyki i organizacji systemu jest potwierdzeniem zjawiska, które obserwujemy od lat – braku systemowej wizji, podporządkowanej długofalowemu myśleniu o ochronie zdrowia. Zamiast tego dostajemy propozycje wycinkowe, niespójne, formułowane pod wpływem chwili, a można odnieść wrażenie, że także pod naciskiem grup interesów. Z inicjatywy Naczelnej Rady Lekarskiej podczas kongresu „Wizja Zdrowia. Diagnoza i Przyszłość” razem z przedstawicielami pacjentów, pracowników i świadczeniodawców przedstawiliśmy „Porozumienie dla zdrowia” oraz „dekalog” – zbiór zasad, jakie powinny przyświecać budowie lepszego, bardziej racjonalnego i efektywnego systemu. Sformułowania są ogólne, a intencją zespołu roboczego jest zaproszenie reprezentantów różnych środowisk – związków, stowarzyszeń, organizacji zrzeszających pacjentów, personel i pracodawców ochrony zdrowia – do dyskusji nad wypracowaniem konkretnych celów i mierników ich osiągnięcia. Uzgodniona lista rekomendowanych celów zostanie przedstawiona nowemu ministrowi zdrowia. Liczymy, że gotów będzie ją realizować lub jeszcze nad nią popracować. Koncepcja naszego „dekalogu” wyrosła z idei określenia najważniejszych społecznych oczekiwań, których zaspokojenie powinno być zadaniem polityków. Do nich też należy znalezienie odpowiednich narzędzi. Jest to nowe podejście. Myślę, że oznacza ono zmianę perspektywy i może pomóc w wypracowaniu wspólnej, długofalowej strategii dla



Rozmawiała dr Agnieszka Starewicz-Jaworska

# Andrzeja Matyi

ochrony zdrowia w Polsce, na którą umówią się dwie strony: społeczna i rządowa.

**Powszechnie powtarza się, że publiczna ochrona zdrowia w Polsce jest w stanie głębokiego kryzysu. Jednak z perspektywy ostatnich 20 lat zmiany są widoczne i odczuwalne. Gorzej już było?**

Wyraziłem taką opinię 10 lat temu. Czy coś się zmieniło? Myślę, że niewiele. Każdy kolejny rząd wprowadza nowe „reformy” w ochronie zdrowia, ale częściej są to rozwiązania doraźne, a nie systemowe i długofalowe. Brakuje odwagi politycznej w podejmowaniu decyzji fundamentalnych dla systemu, czyli pacjentów. Musimy być odważni w podejmowaniu decyzji z wizją, a nie na zasadzie gaszenia pożarów.

**Co jest priorytetem w ochronie zdrowia? Od czego należałoby zacząć tworzenie wizji zdrowia?**

Wielokrotnie mówiłem, że najważniejszymi, nierozdzielnie ze sobą związanymi obszarami w ochronie zdrowia są kadry, finansowanie oraz organizacja i efektywność systemu. Pozostałe zagadnienia to ich pochodne. Bez wprowadzenia konkretnych rozwiązań w tych trzech zakresach niewiele się zmieni. Zaproponowane „Porozumienie dla zdrowia” może być początkiem tworzenia nowej wizji ponad podziałami i ze wszystkimi interesariuszami w ochronie zdrowia. To co wypracujemy jako przedstawiciele wszystkich środowisk, przedstawimy nowemu ministrowi, który – mam nadzieję – nie zignoruje naszych propozycji.

**Jak można rozwiązać problem niedoboru kadr w ochronie zdrowia?**

Mamy obecnie do czynienia z ogromnym kryzysem kadrowym w zawodzie lekarza, co odnotowujemy z żalem, ponieważ przewidzieliśmy go już 20 lat temu, kiedy prowadziliśmy badania demograficzne. Wówczas świadomie ograniczaliśmy przyjęcia na studia medyczne, wychodząc z błędnego założenia, że w Polsce jest za dużo lekarzy. Obecnie mamy lukę pokoleniową, a coraz większy odsetek lekarzy wchodzi w wiek emerytalny. W naszym kraju na 1000 mieszkańców przypada 2,4 lekarza. Średnia europejska to 3,6 (dane OECD, KE). Jesteśmy w ogniu Europy,

”

Koncepcja naszego „dekalogu” wyrosła z idei określenia najważniejszych społecznych oczekiwań, których zaspokojenie powinno być zadaniem polityków. Do nich też należy znalezienie odpowiednich narzędzi. Jest to nowe podejście. Myślę, że oznacza ono zmianę perspektywy i może pomóc w wypracowaniu wspólnej, długofalowej strategii dla ochrony zdrowia w Polsce

wyprzedzamy jedynie Turcję – 1,8/1000. Obecnie wykształcenie lekarza specjalisty trwa minimum 12 lat. Tego nie da się zrobić szybciej, jeżeli chcemy zachować standardy i utrzymać wysoką jakość nauczania. Prawdą jest, że zwiększa się liczba studentów medycyny, ale najszybciej tych, którzy kształcą się w języku angielskim. W tym roku to jest prawie 1800 młodych ludzi, którzy za 6 lat skończą studia i zasilą rynki świata. Bo jeśli ktoś kończy studia w języku angielskim, to nie po to, żeby leczyć polskich pacjentów. Trzeba dofinansować uczelnie medyczne i zwiększać limity na kierunku w języku polskim, ponieważ kształcimy lekarzy na bardzo wysokim poziomie. Odkąd Polska weszła do Unii Europejskiej w 2004 r., za granicę wyjechało ok. 15 tys. młodych lekarzy. Na podstawie informacji, które docierają do samorządu lekarskiego, możemy powiedzieć, że lepsze wynagrodzenie nie jest jedynym powodem migracji. Jest nią lepsza organizacja i stabilność systemu, możliwość rozwoju zawodowego i szybsze uzyskanie specjalizacji, poczucie bezpieczeństwa wykonywanego zawodu i relacje międzyludzkie w środowisku pracy. Lekarzy jest mało, ale nie są oni też właściwie wykorzystywani. Trzeba odbiurokratyzować medycynę i obudować ją zawodami wspomagającymi. To byłby moim zdaniem ratunek, i to łatwiej zrobić. Tym bardziej że brakuje nie tylko lekarzy, ale także pracowników pozostałych zawodów medycznych.

**Ministerstwo Zdrowia twierdzi, że proces cyfryzacji placówek ochrony zdrowia znacznie odciąży lekarzy.**

Cyfryzacja jest istotnym wyzwaniem dla każdej dziedziny życia. Mamy świadomość, że jest ona nieunikniona również w medycynie. Jednak musimy zwrócić uwagę, że pełne wdrożenie prowadzenia i wymiany e-dokumentacji nie uda się bez zmniejszenia liczby dokumentów zaliczanych do dokumentacji medycznej oraz bez uproszczenia procedur rozliczeniowych z NFZ. W przeciwnym wypadku zmienimy tylko nośnik danych, a czasu przeznaczanego na czynności niezwiązane bezpośrednio z przyjmowaniem pacjentów nie ubędzie. Obecnie 80 proc. czasu podczas wizyty u lekarza zajmuje wypełnianie dokumentów, a 20 proc. to czas dla pacjenta. Trzeba odwrócić tę proporcję. ▶

- **Co zrobić, aby pieniędzy na ochronę zdrowia było więcej? Nakłady rosną, ale niewystarczająco. Dwadzieścia lat temu w systemie było 27 mld zł, dziś jest 100 mld, ale to i tak mniej aniżeli w innych krajach Europy. Jak poprawić finansowanie ochrony zdrowia? Czy rządzący powinni zwiększyć składkę zdrowotną?**

Nikt o tym nie mówi, ale uważam, że jest to nieuniknione. Powinno się wprowadzić krocząco wzrost stawki składki zdrowotnej o 0,25 proc. rocznie, tak aby dojść do poziomu 11 proc. Tak jak zaproponował to kiedyś prof. Zbigniew Religa. Gdyby politycy podjęli tę odważną decyzję, dzisiaj byłibyśmy w zupełnie innym miejscu. Myślę, że na stan ochrony zdrowia wpływ będzie miało przede wszystkim zwiększenie finansowania, urealnienie wyceny świadczeń i procedur medycznych. Dzięki temu zostanie zapewniony satysfakcjonujący poziom usług dla każdego pacjenta. Już teraz – według raportu WHO za rok 2017 – średnia wydatków krajów europejskich na zdrowie wynosi 7 proc. Jesteśmy na szarym końcu i chwalimy się, że do 2024 r. zwiększymy publiczne wydatki na zdrowie do poziomu 6 proc. PKB. Dla mnie to nie sukces, tylko ogromna porażka – 6 proc. PKB potrzebne jest tu i teraz.

- **Mówiąc o ochronie zdrowia, nie sposób nie wspomnieć o zadłużeniu polskich szpitali. Aż 92 proc. szpitali powiatowych należało do sieci szpitali zanotowało straty. Jak z tego wyjść? Jak oddłużyć placówki ochrony zdrowia z kłopotami finansowymi?**

Należy najpierw wyjaśnić, dlaczego do takiego zadłużenia doszło, a następnie opracować plan restrukturyzacji i utworzyć fundusz pożyczkowy dla zadłużonych szpitali na preferencyjnych warunkach. W przypadku szpitali powiatowych problemem jest sieć szpitali, która miała ułatwić organizację i pracę systemu. Jest wręcz odwrotnie – szpitale, które w poprzednim systemie się bilansowały, obecnie się zadłużają, a inne stoją na skraju bankructwa. Powinniśmy również rozważyć przekształcenie niektórych placówek w ośrodki opieki długoterminowej, opieki dziennej, rehabilitacyjnej i in., które są potrzebne lokalnym społecznościom. Jeśli szpital jest deficytowy, to nie znaczy, że jest źle zarządzany i niepotrzebny. Wymaga dostosowania do potrzeb danego regionu. Właściciel – organ założycielski – powinien szybko podjąć decyzję i tak go przekształcić, aby dalej funkcjonował, ale w zmienionej i efektywnej formie służąc lokalnej społeczności.

- **Jak ograniczyć kolejki do specjalistów? Jak poprawić jakość i skrócić czas oczekiwania na wykonanie świadczeń medycznych?**

Mam na to kontrowersyjny pogląd. Uważam, że w Polsce problem kolejek nie wygląda tak, jak przedstawiają to media. Nie oszukujmy się – każda osoba, która dowiaduje się, że termin wizyty u lekarza jest odległy, robi coś, aby ją przyspieszyć. Dzwoni po znajomych, załatwia sobie miejsce, idzie na prywatną wizytę itd. Naprawdę chory pacjent nie pozwoli sobie na czekanie. Znajdzie sposób, aby otrzymać potrzebną usługę zdrowotną albo pójdzie leczyć się prywatnie. Taka sytuacja jest przykładem na niewydolność systemu. Mamy niewłaściwie wykorzystane zasoby, nierealne finansowanie, więc z niedomaganiem systemu obywatele naszego kraju starają się radzić sobie, jak tylko potrafią. Jeśli będzie właściwe finansowanie, to zwiększy się dostępność i nie



foto: PAP/Jakub Kamiński

Trzeba odbiurokratyzować medycynę i obudować ją zawodami wspomagającymi. To byłby moim zdaniem ratunek, i to łatwiej zrobić. Tym bardziej że brakuje nie tylko lekarzy, ale także pracowników pozostałych zawodów medycznych

”

będzie trzeba załatwiać wszystkiego na własną rękę. Przykład – dostępność tzw. ostrej kardiologii w Polsce jest najlepsza na świecie. Nie było żadnych wielkich reform w tym kierunku. Osiągnięto to dzięki odpowiedniej wycenie procedur. Przeznaczając więcej środków na świadczenia, uzyskano efekt, jakim jest dostępność, a leczenie jest na najwyższym poziomie. Szpitalne oddziały ratunkowe nie są przeznaczone do diagnozowania i leczenia chorych, tylko do udzielania pomocy medycznej w przypadkach, które tego wymagają. Obecnie przychodzą tam ludzie, którzy w ok. 70 proc. powinni być przyjmowani w podstawowej opiece zdrowotnej czy przez lekarza specjalistę. Trzeba podkreślić, że bez reformy podstawowej opieki zdrowotnej nie będzie poprawy na SOR-ach. Mamy do czynienia z nieracjonalnym systemem. Przykładem jest brak podmiotu odpowiedzialnego za zapewnienie bezpieczeństwa obywatelom. Szpital odpowiada za realizację świadczeń medycznych, a NFZ za ich kontraktowanie i finansowanie.

W ostatniej kampanii wyborczej, jak nigdy w ciągu ostatnich 30 lat, mówiono o dramatycznej sytuacji w polskiej ochronie zdrowia. Wreszcie politycy zauważyli, że nie ma już zgody wśród Polaków na brak bezpieczeństwa zdrowotnego. Najwyższy czas, by politycy zaczęli spłacać kredyt zaufania, który dostają w wyborach. Propozycje dotyczące zdrowia w programach wyborczych to były tylko hasła, teraz – po wyborach – przychodzi czas na konkrety.

- **Czy lekarze dobrze zarabiają? Czy ich zarobki powinny być wyższe? Czy pielęgniarki i inne zawody medyczne są dobrze wynagradzane?**

Dobrze się stało, że wynagrodzenia lekarzy wzrosły, ale pamiętajmy, że podwyżki nie obejmują dużej części naszego środowiska. W naszej ocenie ich skala jest niewystarczająca. Wielokrotnie mówiliśmy, żeby wrócić do naszego postulatu, aby minimalna wysokość wynagrodzenia lekarza stażysty wynosiła równowartość średniej krajowej, lekarza i lekarza dentystry bez specjalizacji – dwukrotność średniej krajowej, lekarza z pierwszym stopniem specjalizacji – dwuipółkrotność średniej krajowej, a lekarza posiadającego specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty – trzykrotność średniej krajowej. Oczywiście nie należy podnosić wynagrodzeń wszystkim po równo. Trzeba brać pod uwagę to, ile lekarze zarabiali dotychczas, jak pracują, jaką mają odpowiedzialność zawodową. Zarobki powinny być uzależnione m.in. od poziomu wykształcenia, umiejętności, kompetencji i zaangażowania. Należy też uwzględnić różnice regionalne. We wszystkich zawodach w medycynie za swoją pracę ludzie powinni otrzymywać godne wynagrodzenie, które będzie ich motywowało do podnoszenia kwalifikacji i rozwoju zawodowego.

- **Niektórzy eksperci mówią, że mamy armię ok. 35 tys. dobrze wykształconych farmaceutów, którzy zostali sprowadzeni do roli sprzedawców. W wielu krajach opieka farmaceutyczna jest aktywniejsza. W Wielkiej Brytanii 80 proc. szczepień odbywa się w aptekach. Czy to dobry pomysł, aby farmaceuci byli grupą bardziej zaangażowaną? Czy jest szansa na porozumienie w tej sprawie z zawodami medycznymi?**

Popieramy ideę powstania ustawy o zawodzie farmaceuty, tym bardziej że jest to regulacja długa

oczekiwana, która w sposób kompleksowy będzie normowała zasady wykonywania zawodu farmaceuty w ramach jednego aktu prawnego. Naszym zdaniem rolą farmaceuty powinno być fachowe wspieranie działalności zawodowej lekarzy, a nie jej zastępowanie w bliżej nieokreślony sposób. Rozwiązania przedstawione w projekcie ustawy nie dają odpowiedzi na pytania szczegółowe, jak ten proces ma wyglądać w praktyce. Dookreślenia wymaga m.in. udział farmaceuty w tworzeniu planu lekowego. Plan lekowy nie może powstawać niezależnie od lekarza, a tym bardziej wbrew jego zaleceniom. To kwestia odpowiedzialności za proces leczenia, którą koniec końców ponosi lekarz. Ze względu na stopień nieścisłości zapisów w projekcie traktujemy ten dokument jako rozpoczęcie dyskusji nad rolą farmaceuty w systemie ochrony zdrowia i deklarujemy współpracę przy tworzeniu zapisów, szczególnie tych, które są związane z wykonywaniem naszego zawodu.

- **W jednym z wywiadów wskazywał Pan na problem korzystania z polskiej opieki zdrowotnej przez obcokrajowców. Co zrobić, aby ukrócić proceder bezpłatnego korzystania ze świadczeń polskiego systemu? Czy to może być poważny zastrzyk środków finansowych dla ochrony zdrowia?**

Naczelna Rada Lekarska apelowała do ministra zdrowia, ministra spraw wewnętrznych i administracji oraz ministra spraw zagranicznych o podjęcie działań ograniczających zadłużanie się polskich placówek ochrony zdrowia w związku z udzielaniem koniecznej pomocy medycznej cudzoziemcom. W tym apelu zawarliśmy również propozycje rozwiązań. Po pierwsze, ustalenie na drodze umów międzynarodowych zasad refundowania takich kosztów podmiotom leczniczym przez władze bądź instytucje państw, z których cudzoziemcy pochodzą. Po drugie, bezwzględne wymaganie, aby cudzoziemcy przebywający w Polsce posiadali odpowiednie ubezpieczenie kosztów leczenia przez cały okres pobytu na terytorium naszego kraju – powinien to być jeden z warunków uzyskania wizy wjazdowej, a dodatkowo powinno to być kontrolowane w chwili przekraczania granicy, a także przedłużania pobytu w Polsce. Po trzecie, utworzenie funduszu gwarancyjnego na pokrycie takich kosztów w sytuacji braku możliwości ich uzyskania przez podmioty lecznicze. W przypadku cudzoziemców, szczególnie z państw nienależących do Unii Europejskiej, których liczba w Polsce z każdym rokiem rośnie, ryzyko finansowe związane z udzielaniem świadczeń ponosi w całości podmiot leczniczy. W sytuacji, gdy cudzoziemiec nie posiada środków na pokrycie kosztów leczenia ani ważnego ubezpieczenia, uzyskanie zapłaty jest najczęściej niemożliwe, a dochodzenie roszczeń na drodze sądowej jest nieskuteczne. W naszej ocenie taki stan rzeczy jest nie do zaakceptowania i musi zostać zmieniony w trybie pilnym. W sytuacji niedofinansowania ochrony zdrowia powinniśmy się przyglądać wszystkim „nieszczęściom” w systemie i troszczyć się o każdą złotówkę. Problem finansowania świadczeń dla cudzoziemców jest może marginalny, ale symptomatyczny. Musimy nauczyć się myśleć całościowo przez pryzmat modelu organizacji, procesów i przepływów finansowych, sprawozdawczości itp. Dlatego mówiąc wcześniej o podejściu do zmian w systemie, zwracałem uwagę na konieczność jednoczesnego myślenia o triadzie: kadry, finanse, organizacja. ■