

Komu zależy na zdrowiu publicznym?

Z profesorem Andrzejem Wojtczakiem i doktorem Maciejem Pirógiem rozmawia Elżbieta Cichocka

Elżbieta Cichocka: Czy panowie pamiętają historię powstawania Ustawy o zdrowiu publicznym? Ciągłe bezskuteczne próby?

Maciej Piróg: Sądzę, że preludeum do ustawy było już 17 lat temu, choć nie nazywano tego wówczas Ustawą o zdrowiu publicznym...

E.C.: Mówi pan o tzw. konstytucji systemu ochrony zdrowia?

M.P.: Mieliliśmy wtedy olbrzymie kłopoty z przypisaniem szpitali do organów właścicielskich i zadań dla tych organów. Już funkcjonowała Ustawa o Kasach Chorych i wydawało się, że system jest przeregulowany – bardzo dużo się mówiło o płatniku i sposobie zawierania umów, natomiast cała reszta, także zdrowie publiczne, pozostała z boku.

Ale ja myślę o trochę innym zamiarze, który forsował ówczesny przewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia, Stanisław Grzonkowski. Chodziło o to, że potrzebny jest akt prawny do wprowadzenia Narodowego Programu Zdrowia. Można powiedzieć, że historia zatoczyła koło. W tej chwili w Ustawie o zdrowiu publicznym trochę inaczej są rozłożone akcenty, ale NPZ wynika z delegacji ustawowej i będzie wprowadzany jako rozporządzenie do ustawy.

E.C.: Pierwszy NPZ powstał bodajże w 1990 roku. Zapamiętałam, że rząd ma zapewnić ciągłość dostaw papieru toaletowego. Wówczas wydawało się to śmieszne, ale jak się zastanović, to pakiet Balcerowicza to załatwił. Znikły dotkliwe braki choćby papieru toaletowego, pasty do zębów, środków czystości. Wskutek zmian struktury cen poprawiła się też dieta Polaków – zmniejszyło się spożycie tłuszczów zwierzęcych, zwiększyło roślinnych. Czyli przemiany rynkowe zrobiły coś dobrego dla zdrowia publicznego, ale przyniosły też nowe zagrożenia, jak obfitość alkoholu,

słodczy, śmieciowego jedzenia. Pozytywne zmiany nastąpiły niejako mimochodem.

Andrzej Wojtczak: Pierwszy Narodowy Program Zdrowia został opracowany w latach 1989–1990 przez zespół ekspertów pod moim kierownictwem zgodnie „z duchem” strategii „Zdrowie dla wszystkich” WHO. Był ukierunkowany na główne problemy zdrowotne naszego społeczeństwa oraz czynniki ryzyka zdrowotnego.

M.P.: Był on zbiorem słusznych postulatów. Chodziło jednak o to, żeby im nadać większą moc, wprowadzając NPZ jako program rządu. Niestety, tak się nie stało. Ale ja bym te starania uznał za prapoczątki Ustawy o zdrowiu publicznym.

E.C.: Zabrakło wówczas zrozumienia polityków?

A.W.: Kiedy w 1990 roku NPZ został poddany dyskusji na posiedzeniu Rady Ministrów, muszę powiedzieć, że komentarze członków rady były zaskakujące. Żaden z ministrów nie rozumiał, co ma palenie tytoniu do zdrowia, co ma nadużywanie alkoholu do zdrowia. Wszyscy patrzyli na mnie ze zdziwieniem i mówili: niech pan mówi o leczeniu, a nie o papierosach. Jaki one mają związek ze zdrowiem? Zresztą większość ministrów paliła, a premier Tadeusz Mazowiecki palił przez całe posiedzenie Rady Ministrów bez przerwy.

W końcu NPZ został przyjęty przez rząd i na tym się skończyło. Potem była jeszcze żywa dyskusja w komisji sejmowej, ale też nie było zrozumienia dla tematu. Na sugestie, żeby skierować program pod obrady Sejmu, dać mu podporę ustawową, komisja pozostała głucha. Później wyjechałem za granicę i drugą edycję NPZ opracował inny zespół z podobnym skutkiem. Trzecia edycja NPZ została opracowana przez Ministerstwo Zdrowia na okres 10 lat podobnie jak obecna, opracowana przez zespół ekspertów koordynowany przez PZH na lata 2006–

2016. Jest to bardzo dobry dokument, którego realizacja będzie się kończyć pod koniec tego roku.

E.C.: Ta dojrzała wersja NPZ ma pewien mankament, że nie jest realizowana.

A.W.: Tak, to prawda. Komisja międzyresortowa zebrała się chyba raz, a na zebrania rady nikt z kierownictwa resortów odpowiedzialnych za jego realizację nie przychodził albo wysyłano dyrektorów departamentów. I nie było też żadnego wsparcia finansowego ze strony budżetu.

Koordinatorem programu był PZH przekształcony w międzyczasie w Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, a przewodniczącym rady był wiceminister zdrowia. Instytut zbierał informacje na temat realizacji programu tak od władz samorządowych, jak i współpracujących ministerstw.

Ale mówimy tu o NPZ. Natomiast pierwsza próba stworzenia Ustawy o zdrowiu publicznym była w 2007 roku, na przełomie rządów PiS i PO. Szef Głównej Inspekcji Sanitarnej, Andrzej Wojtyła, zwołał zainteresowanych ustawą do Radziejowic czy Nieborowa. Zebrał dość szeroką grupę ekspertów zdrowia publicznego, byli też weterynarze i przedstawiciele Ministerstwa Ochrony Środowiska.

E.C.: Próbował stworzyć koalicję na rzecz zdrowia publicznego?

A.W.: Tak, taką interdyscyplinarną, wielosektorową. Weterynarze bardzo chcieli obie inspekcje połączyć. Było na to za przyzwoleniem Ministerstwa Rolnictwa, natomiast przedstawiciele resortu ochrony środowiska podchodzili do pomysłu ściślej współpracy wstrzeźliwie. Ministerstwo Zdrowia nie było reprezentowane jako takie, ale przecież GIS podlega ministrowi zdrowia. I urodził się dokument, którego konstrukcja była następująca: koordynatorem działań zdrowia publicznego byłby GIS, ramieniem naukowym PZH przekształcony w Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. PZH miałby nadzór nad wszystkimi stacjami sanitarno-epidemiologicznymi w części promocji zdrowia. Propozycja została przedstawiona kierownictwu Ministerstwa Zdrowia. Minister Religa uznał ją za niemożliwą do realizacji z uwagi na koszty i konieczność zyskania zgody innych resortów. Wiceminister Piecha tak samo. Pomysł padł.

M.P.: Później dostała go w spadku pani minister Kopacz. Wielu ekspertów zajmujących się zdrowiem publicznym nie godziło się na przekazanie głównych zadań i sprawstwa kierowniczego GIS. Uważano, że powinna powstać albo zewnętrzna niezależna instytucja, albo pod egidą ministra zdrowia, a nie Głównego Inspektora Sanitarnego. Powstał nawet projekt ustawy, w którym pan profesor też brał udział ze względu na to, że jest przewodniczącym Rady Sanitarnej przy GIS. W tym czasie GIS był przekształcany i chodziło też o to, żeby znaleźć, w dobrym tego słowa znaczeniu, „zajęcie” dla ludzi z organizacji, która już istniała i działała w sferze zdrowia publicznego. Przekształcenia samej inspekcji były takie, że część swojego władztwa GIS tracił, chodziło o przesunięcie akcentów na zdrowie publiczne.

E.C.: Czyli GIS działał w swoim interesie, żeby nie zwalniać pracowników.

M.P.: Też, ale to nie był główny cel.

A.W.: O to też chodziło, ale przede wszystkim szło o to, że niszczy się dobrze funkcjonującą instytucję, uznawaną przez WHO za „przykładową” i posiadającą dobrze wykształconą kadre, na rzecz niesprawdzonych pomysłów reformatorskich.

M.P.: Proszę pamiętać, że dopiero powstawały wydziały zdrowia publicznego na uczelniach, jeszcze nie było fachowców w tej dziedzinie. Więc jeżeli gdzieś ich szukać, to w GIS. A poza tym GIS miał strukturę w terenie. Wtedy nikt takiej struktury nie miał, bo nie było już wojewódzkich wydziałów zdrowia. Czyli właściwie jedyną wypustką władz centralnych w terenie była właśnie Inspekcja Sanitarna. To było dość racjonalne myślenie.

Koncepcja najpierw została zaakceptowana, a później kontestowana w Ministerstwie Zdrowia, że to nie tak ma być...

E.C.: I została utracona przez panią minister Kopacz?

M.P.: Przez urzędników Ministerstwa Zdrowia. Kiedy propozycje dochodziły do kierownictwa ministerstwa, to najczęściej były utracane. Takie też były losy inicjatyw, które wypływały z pałacu prezydenckiego. Przez pięć lat kadencji prezydenta Bronisława Komorowskiego minister Irena Wóycicka i ja wielokrotnie składaliśmy w imieniu prezydenta oferty – od napisania projektu ustawy po jej promocję i patronat prezydencki. Sądziliśmy, że ponadresortowy charakter tej ustawy upoważnia prezydenta do takiego działania. Odbyło się wiele seminariów i debat w pałacu prezydenckim. I zawsze w kluczowych momentach minister zdrowia odmawiał, argumentując, że to rola rządu. Zapraszał do współpracy, ale na swoich warunkach. Pan prezydent nie był nastawiony na konfrontację z rządem, a już w sprawie zdrowia publicznego – na pewno nie.

E.C.: W rezultacie do czasu mianowania pełnomocnika premiera ds. projektu ustawy o zdrowiu publicznym w resorcie kierowanym przez Bartosza Arłukowicza nic się nie działo.

M.P.: Jak gdyby minister zdrowia nie chciał oddać kompetencji. Uważał, że są jego, choć niekoniecznie je sprawował. Przecież wiemy, że po to była cała dyskusja wokół zdrowia publicznego i wokół tej ustawy, że byliśmy niezadowoleni z tego, co było i co jest do tej pory.

E.C.: Dlaczego, według panów, wszystkie próby były nieudane?

A.W.: Cała rzecz rozbiła się przede wszystkim o mechanizmy koordynacyjne i finansowanie. Mieliśmy świadomość, że jeśli nie będzie koordynacji międzyresortowej, to realizacja każdego programu zawiśnie gdzieś w przestrzeni. Mechanizm koordynacyjny w NPZ, wspomniana rada, nie funkcjonowały, bo nie było żadnego „bicza” zmuszającego ministerstwa do współpracy. Każdy minister uprawia swoją działkę i nie chce współ-

pracować. I jeżeli tego rząd nie koordynuje, zawsze będą piękne słowa, ale nie będzie realizacji.

E.C.: Ministerstwo Zdrowia nie spełnia tej roli?

A.W.: Nie, bo nie ma uprawnień koordynacyjnych. Mamy też ułomny system ochrony zdrowia, bo rozbudowana jest tylko część medyczna. Ministerstwo Zdrowia jest faktycznie ministerstwem choroby. Prowadzi w zasadzie tylko programy medycyny naprawczej. Zdrowie publiczne jest tylko hasłem, pomimo takich programów jak antynikotynowy, antyalkoholowy czy walka z narkotykami. Programy prozdrowotne oddane są w większości inicjatywie samorządów terytorialnych. I każda gmina robi coś innego w zależności od możliwości i zainteresowania. W rezultacie mamy multum programów, które do niczego nie prowadzą. Zdrowie publiczne dotyczy bowiem całej populacji i musi być koordynowane centralnie, choć realizatorów może być wielu.

E.C.: Co nam przyjdzie z tego, że jeden wójt zafunduje szczepienia?

A.W.: Z punktu widzenia zdrowia publicznego nic. Z punktu widzenia wójta obietnica w stosunku do mieszkańców została spełniona.

M.P.: Można jednak podać przykłady takich działań, które przyniosły skutki. Został np. wykreowany program szczepień przeciwko WZW B, który bardzo mocno promowały samorządy. I kupowały szczepionki. Właściwie poradziliśmy sobie z tym problemem trochę na zasadzie pospolitego ruszenia...

E.C.: Niezupelnie zawdzięczamy ten sukces samorządom. Nie wiem, jak to wygląda w liczbach, ale powszechną praktyką wszystkich szpitali jest to, że jeżeli ktoś ma przyjść na planowaną operację, to musi się przedtem zaszczepić. Za własne pieniądze.

M.P.: Czyli przyczyniła się do tego obawa szpitali przed odszkodowaniami.

E.C.: Praktyka pokazuje, że program szczepień ochronnych jest realizowany powszechnie wtedy, kiedy jakaś szczepionka wchodzi do kalendarza szczepień obowiązkowych. Wtedy gdy GIS tylko zaleca szczepionkę dla dzieci, bardzo mały odsetek rodziców decyduje się na jej zakup. I nie chodzi tylko o pieniądze, bardzo często rodzice sądzą, że jeśli coś jest jedynie „zalecane”, to jest mniej potrzebne. A przecież tak naprawdę chodzi właśnie o pieniądze na zdrowie publiczne.

A.W.: Niestety. Przez lata trwa walka Rady Sanitarno-Epidemiologicznej o rozszerzenie kalendarza szczepień. Było wiele uchwał rady, GIS przekazywał je z poparciem, ale nie były one realizowane przez Ministerstwo Zdrowia z uwagi na brak funduszy. GIS jest tylko wnioskodawcą i realizatorem programu szczepień. Ministerstwo zatwierdza wniosek i daje pieniądze. Ten ping-pong trwa. W niedługim czasie program szczepień ma być finansowany przez NFZ. Zobaczymy z jakim skutkiem.

M.P.: Kalendarz szczepień, który jest realizowany przez GIS i który tam powstaje, jest zatwierdzany i daje pieniądze na ten kalendarz ministerstwo.

E.C.: Po wielu latach prób wpłynął wreszcie do Sejmu projekt Ustawy o zdrowiu publicznym wniesiony przez rząd. Mamy już ustawę. Możemy liczyć na przełom w działaniach kolejnych rządów na rzecz zdrowia publicznego?

M.P.: Mówiąc o zdrowiu publicznym, mówimy o dwóch sprawach – pieniądzach i ludziach. Tu jest chyba cała istota zagadnienia. Umocowanie koordynatora, możliwość współpracy z całym rządem i możliwość dysponowania pieniędzmi albo ich uruchamianie przy wsparciu rady, gdzie są urzędnicy i decydenci, i zaplecza naukowego, które powinien stanowić Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – to właśnie legło u podstaw idei stworzenia nowej ustawy. Po latach dyskusji już wszyscy byli przekonani, że to jest główna rzecz. I stąd moje rozgoryczenie, że właściwie obydwa rozwiązania zostały bardzo mocno ograniczone.

E.C.: Pierwotnie projekt ustawy zakładał, że jest pełnomocnik premiera do spraw zdrowia publicznego w randze sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia. Czy to też nie za niska ranga?

M.P.: Nie, to się utarło po wielu dyskusjach. Mówiliśmy najpierw o tym, że to powinien być minister zdrowia publicznego w randze wicepremiera albo minister w Kancelarii Premiera. Głosy skrajne mówiły, że to powinien być premier. Tylko doszliśmy do wniosku, że premier i tak jest szefem całego rządu i odpowiada za wszystko. Więc chodziło o to, żeby ranga pełnomocnika była wysoka, ale jednocześnie miał możliwości operacyjne.

A.W.: Żeby zdrowiem publicznym zajmowała się jedna osoba koncentrująca się tylko na tym i mająca status pozwalający na skuteczną koordynację działań wieloresortowych.

M.P.: Kiedy zobaczyliśmy, w jaki sposób jest umocowany pełnomocnik premiera do spraw projektu Ustawy o zdrowiu publicznym, doszliśmy do wspólnego wniosku, że w ustawie może być tak samo. Tylko w praktyce okazało się, że ten pełnomocnik premiera zaczął być przez ministra zdrowia desygnowany do innych zadań. Więc jeżeli pełnomocnik do spraw zdrowia publicznego jest wysyłany na negocjacje z pielęgniarkami, to znowu widzimy, że jego administracyjnym szefem jest minister zdrowia. Pełnomocnik premiera powinien odpowiadać tylko przed premierem za zdrowie publiczne.

Zobaczyliśmy jednak, że konstrukcja rządu i konstytucja naszego państwa nie pozwalają na taki ruch. A wcześniej praktyka pokazała, że pełnomocnicy premiera do różnych zadań urzędujący w Kancelarii Premiera też nie odnoszą sukcesów. Nie za bardzo to wychodzi. Tu miało być tak, że pełnomocnik premiera miałby narządza do sprawowania swojej funkcji: departament ds. zdrowia publicznego i Radę Zdrowia Publicznego, w której są przedstawiciele poszczególnych resortów w randze co najmniej podsekretarza stanu.

A.W.: Bardzo ważne jest też to, aby pełnomocnik rządu umocowany w resorcie zdrowia miał wpływ na programy kształcenia medycznego, które są zupełnie pozbawione elementów zdrowia publicznego.

E.C.: **Prof. Bolesław Samoliński twierdzi, że wykształcił już cztery tysiące fachowców od spraw zdrowia publicznego i oni nie mają zajęcia.**

M.P.: Obaj profesorowie mają rację. Absolwentów wydziałów zdrowia publicznego chcielibyśmy widzieć jako fachowców w samorządach, w powiatach, w gminach. To nie są lekarze, to są magistrowie zdrowia publicznego. Natomiast za mało widać, by lekarze POZ w swojej codziennej praktyce uczyli pacjentów profilaktyki, zdrowego trybu życia. W ustawie mówimy o tym, że celów zdrowia publicznego nie da się realizować bez lekarzy. Przede wszystkim tych najbliższych pacjenta, z opieki podstawowej. Niech kardiolog czy onkolog nie pali przy pacjencie, to już wystarczy. Natomiast lekarze pracujący w podstawowej opiece zdrowotnej muszą znać i znać najczęściej zasady, ale nie dlatego, że się tego nauczyli na studiach.

E.C.: **Wróćmy do projektu Ustawy o zdrowiu publicznym, który na końcowym etapie prac rządu został okrojony. Właśnie z kompetencji pełnomocnika, bo tym pełnomocnikiem w ustawie ma być minister zdrowia. Będzie?**

A.W.: Minister zdrowia jest oczywiście włodarzem wszystkich spraw dotyczących zdrowia, konstytucyjnym. Natomiast w praktyce nie ma mowy, żeby się zajmował zdrowiem publicznym. Dlatego ten układ, który proponowaliśmy, w którym występuje pełnomocnik rządu w randze sekretarza stanu, zachowywał z jednej strony więź z Ministerstwem Zdrowia, z problemami, które są na co dzień do rozwiązywania, a z drugiej zapewniał współpracę międzyresortową, szczególnie wtedy, kiedy opracowywany jest Narodowy Program Zdrowia, kiedy ustalane są dziedziny wymagające wielosektorowego podejścia do rozwiązywania problemów zdrowotnych i sposobów kontroli wykonania. Wiadomo wtedy, co kto ma zrobić. Tym bardziej że u nas świadomość prozdrowotna resortów jest bardzo niska w przeciwieństwie do, powiedzmy, Finlandii czy Szwecji. Tam koordynacja międzyresortowa jest zupełnie zrozumiała i naturalna.

E.C.: **Ale skąd to się bierze? Bo oni zaczęli dużo wcześniej?**

A.W.: Tak, to oznacza 20–30 lat szeroko zakrojonej pracy edukacyjnej, począwszy od wychowania w rodzinie, a w wielkiej mierze w szkole.

M.P.: Minister zdrowia nie jest w stanie zająć się zdrowiem publicznym, dlatego że presja polityczna i społeczna zawsze będzie na to, ażeby pieniądze wydawać na medycynę naprawczą, gdzie ich nieustannie brakuje. Mało tego, można powiedzieć, że u nas priorytetem jest bardzo naprawcza medycyna, ta najbardziej aktywna. To jest ratownictwo, kardiologia, zabiegi, a teraz jeszcze onkologia. Natomiast inne dziedziny, jak rehabilitacja, psychiatria, pediatria, nie mówiąc już o profilaktyce i zdrowiu publicznym, są na szarym końcu.

Struktura wydawanych pieniędzy przez NFZ mówi o tym, że wydajemy je głównie w szpitalach, czyli w tych najaktywniejszych miejscach sprawowania opieki zdrowotnej. NFZ w zapisie ustawowym ma finansować świadczenia zdrowotne. Czyli tutaj się nie mieści ani edukacja, ani innowacja, ani nowe metody, ani oczywiście także zdrowie publiczne i profilaktyka.

Zdrowie publiczne należy do zadań państwa. Nie powinno być finansowane ze składek zdrowotnych. Ale w budżecie ministra zdrowia pieniędzy jest coraz mniej. W czasach, w których ja byłem sekretarzem stanu, realnie było trzy razy więcej pieniędzy w Ministerstwie Zdrowia, niż jest dzisiaj. To jest zdecydowanie za mało do kreowania polityki zdrowotnej. Dlatego długo tym kreatorem był prezes NFZ, dopóki mu ustawowo tych kompetencji nie zabrano. Ale nie praktycznie, tylko ustawowo.

Trzeba dysponować środkami, żeby mądrze uruchamiać programy, nie zabierając pieniędzy innym. W związku z tym chcieliśmy, żeby pieniądze były uruchamiane i koordynowane przez pełnomocnika. Nie chodziło o stworzenie nowego stanowiska, ale o możliwości uruchamiania pieniędzy. Jest jeszcze jedna przewaga pełnomocnika nad ministrem zdrowia. Minister zdrowia jest wprawdzie w hierarchii wyżej, ale jest jednym z ministrów i w stosunku do swojego kolegi nic nie może. Może poprosić.

E.C.: **A szczególnie ministra finansów może poprosić.**

M.P.: Prosić zawsze może, ale też wiadomo, jaka będzie odpowiedź. Tutaj bardzo istotny jest zresztą konflikt interesów. Ministerstwo Gospodarki, Ministerstwo Ochrony Środowiska, najbardziej może Ministerstwo Rolnictwa, mają inne priorytety. Chodzi więc o to, żeby pełnomocnik mógł wydawać pewnego rodzaju polecenia.

E.C.: **To rozwiązanie zostało zakwestionowane przez RCL.**

M.P.: Tutaj wchodzimy w interpretacje prawne dotyczące różnych, ale równych podmiotów. Z tego co wiem, Rządowe Centrum Legislacyjne miało wątpliwości, czy właśnie pełnomocnikowi to wolno. I tu zdania prawników, jak zawsze, są podzielone...

Nie jestem w stanie powiedzieć, jak to powinno być. Jak się okazało, pełnomocnik jednak jest podwładnym, i w pewnym sensie petentem u ministra zdrowia. I w zależności od tego, kto jest ministrem, już personalnie...

E.C.: **Kto wykazuje zrozumienie albo nie wykazuje zrozumienia.**

M.P.: Prawo nie powinno być tworzone pod osoby, zwłaszcza jeżeli wchodzimy w sferę finansów. Bo co się stało w tej ustawie? W tej ustawie m.in. do dyspozycji pełnomocnika mamy pieniądze z programów polityki zdrowotnej ministra zdrowia. Trudno je jednym ruchem po wejściu ustawy całkowicie zmienić. A zmienić je byłoby trzeba z jednego prostego powodu – że te programy, które w tej chwili funkcjonują, najmniej dotyczą zdrowia publicznego. Jest tam np. program substytucyjnego leczenia hemofilii, które skądinąd jest ważne.

A.W.: Jest bardzo ważne dla chorych, tylko że to nie są działania zdrowia publicznego.

M.P.: Tak, to nie jest zdrowie publiczne. W związku z tym jeżeli mówi się, że ponad 200 milionów złotych jest wydawane na zdrowie publiczne, bo jest w programie polityki zdrowotnej ministerstwa zdrowia i do dyspozycji pełnomocnika, to jest to nieprawda.

E.C.: No tak, nie odbierzemy chorym na hemofilię czynników krzepnięcia po to, żeby wstawić do kalendarza szczepień kolejną zalecaną szczepionkę.

M.P.: Oczywiście, tylko że czynniki krzepnięcia powinny być w ogóle finansowane przez NFZ. Natomiast ten program został stworzony, bo leczenie hemofilii było przez NFZ finansowane w niewystarczającym stopniu. Więc znowu dochodzimy do tego, że to jest ciągle krótka koldra.

A.W.: Jest tu jeszcze jeden słaby punkt, a mianowicie kwestia relacji samorządów terytorialnych i organów centralnych. Samorządy są niezależne, mogą podejmować decyzje, jakie chcą. Mają takie uprawnienia. Mogą zdobywać pieniądze z różnych źródeł. Jednak Rada Koordynacyjna NPZ i pełnomocnik rządu mogą też pewne programy zamawiać, sugerować, ale nic nie mogą żądać lub narzucać samorządom...

E.C.: Można narzucić, jeżeli się da środki.

A.W.: Tak, ale koordynowanie wdrażania różnych programów można dokonywać mniejszymi środkami finansowymi.

M.P.: Praktycznie chcieliśmy to tak skonstruować, że samorząd może realizować programy dowolne, ale jeżeli trafia swoim programem w zalecenia, które w tym regionie są uznane za rzeczywiste potrzeby zdrowia publicznego, to rząd w osobie pełnomocnika uruchamia w połowie środki.

E.C.: Dołoży, jak Unia Europejska, która nam buduje drogi.

M.P.: Może nie aż tak, bo nie w 80 procentach.

A.W.: Niestety Unia jest bogatsza, a pełnomocnik i budżet biedniejsze.

M.P.: Mówiliśmy o 50 procentach. Ale zostaje drugie tyle na inny program zdrowotny. To jest na pewno atrakcyjny mechanizm motywacyjny dla samorządu, żeby właśnie w takie programy wchodzić. Żeby nie było tak, że nagle potrzeby zdrowotne albo profilaktyczne jednego opiniotwórczego radnego decydują, że w gminie jest taki program, a nie inny.

E.C.: Celną polityka zdrowotna państwa powinna się opierać na rzetelnej informacji. Mamy ją?

M.P.: To się nie do końca znowu udało, bo mapy potrzeb zdrowotnych, zwłaszcza w zakresie zdrowia publicznego, będziemy mieli dopiero w 2020 czy w 2021 roku. W założeniach powinny być właśnie podstawą decyzji. Żeby to już nie było widzimisię kogokolwiek, tylko rzeczywiste potrzeby, a polityka zdrowotna była kształtowana od dołu, czyli najpierw w regionach. W zakresie zdrowia publicznego różnice regionalne w Polsce nie są zbyt wiel-

kie w stosunku do innych krajów, ale jednak są. Proszę zauważyć, że zawsze mieliśmy centralny program, co najwyżej czasami były modyfikacje w zakresie grup ryzyka, ale rozumianych jako grupy zawodowe. Natomiast są różnice regionalne. Chociażby w meningokokowym zapaleniu mózgu...

A.W.: W odrze tak samo.

E.C.: Czy kiedykolwiek w Polsce uda się skoordynować działania resortów, jeśli interes zdrowia publicznego zagraża ich wpływom finansowym?

A.W.: Tu jest największa trudność, ale minister Liberze-Małeckiej udało się przekonać Ministerstwo Edukacji i Ministerstwo Sportu do programu aktywności fizycznej i prozdrowotnego podejścia do żywienia. Te sklepiki szkolne, z których znika jedzenie śmieciowe, to jest wynik negocjacji. Polak negocjacje uzna, narzucenia czegokolwiek – nie. W Szwecji w ogóle się nie rozmawia na temat koordynacji. Jeżeli coś ma być, to Szwed to realizuje.

E.C.: Ale przeciw ograniczeniu asortymentu w szkolnych sklepikach też są protesty.

A.W.: Oczywiście, bo chodzi tu o 200 mln złotych zysków prowadzących dotychczasowe sklepiki.

E.C.: Protestują nie tylko producenci żywności, przedtem sprzedawanej, a teraz zakazanej, ale protestują też nauczyciele, dyrektorzy, rodzice.

M.P.: To jest dobry przykład na brak edukacji i informacji prozdrowotnej. Jeżeli przyjdzie nakaz, bez akcji wyjaśniającej, to rodzice dadzą dziecku pieniądze i powiedzą, żeby sobie kupiło coś do jedzenia po drodze do szkoły. I dziecko zamiast kanapki kupi sobie słodycze.

A.W.: Z badań moich studentów wynika, że wielu rodziców nie zapewnia śniadań w domu, a daje pieniądze na zakupy w sklepiku.

M.P.: Więc chodzi o to, żeby rodzice wiedzieli, że to nie tak. Natomiast jeżeli dyrektor szkoły mówi, że bez tej niezdrowej żywności nikt mu nie będzie dzierżawił sklepu, a on z tego miał jakiś dochód, który np. pozwalał zapłacić dodatkowe godziny nauczycielowi wf., to znowu dochodzimy do problemu za krótkiej koldry. Za mało pieniędzy. Na edukację tym razem.

E.C.: Jak w ciągu tych 25 lat zmieniła się świadomość społeczeństwa?

M.P.: Ja jeszcze pamiętam, jak lekarz pediatra przyjmujący dzieci palił i to nie bulwersowało rodziców tego dziecka. Czy państwo sobie wyobrażacie, co by teraz zrobiły matki, gdyby lekarz palił przy dziecku? W tej chwili już na Radzie Ministrów premier nie pali. I nie dlatego, że jest niepalący, ale przynajmniej na Radzie Ministrów nie pali. A 25 lat temu palił.

E.C.: Zmiana podejścia polityków nadała za społeczeństwem?

A.W.: Jest wolniejsza. Społeczeństwo jest ciągle to samo, a politycy się zmieniają. Polityk „żyje” krótko, od kadencji do kadencji. Jemu zakup USG, rentgena, czegookol-

wiek do szpitala daje większe korzyści. Będzie nalepka z nazwiskiem darczyńcy, wyborcy będą pamiętali. A co będzie miał z tego polityk, że zaangażuje się w mało efektowne decyzje wspierające zdrowie publiczne? Dla tego nie ma ciągłości w działaniach państwa.

M.P.: W zdrowiu publicznym dobre rezultaty są zauważalne po 20 latach. Nie wiem, z czym by to można porównać, chyba tylko z poziomem edukacji, której konsekwencje są jeszcze bardziej dalekosiężne.

A.W.: Trudno sobie wyobrazić, jak niski poziom edukacji zdrowotnej i seksualnej jest w szkołach. Już we wczesnym wieku gimnazjalnym zaczynają się problemy z papierosami i alkoholem, przeważnie z piwem. Niepokoją mnie też te koszarne dopalacze i narkotyki. Badania wskazują, że młodzież zaczyna ich próbować w wieku 12–13 lat. Przed nami leży obowiązek zapewnienia dobrej edukacji. A mamy złą. Tę edukację młodzi zdobywają z internetu, a nie od nauczycieli i nie wynoszą z domu.

E.C.: **Z internetu też może płynąć dobra edukacja, jeżeli się umie szukać.**

A.W.: Właśnie o to chodzi, gdzie się szuka informacji.

E.C.: **Czy z tego, co panowie mówicie, wynika, że żaden polski rząd nie będzie patrzył długofalowo, bo nie będzie traktował nakładów na zdrowie publiczne jako inwestycji? Taka inwestycja żadnemu rządowi się nie zwróci. Polsce się zwróci, ale rządowi nie.**

M.P.: Mamy budżetowe podejście do finansowania przez NFZ, polegające na zamykaniu cyklu rocznego. Z punktu widzenia płatnika, czyli dysponenta największej ilości środków, mamy więc perspektywę roczną. Z punktu widzenia polityka, ministra zdrowia czy rządu, to są cztery lata. A mówimy o kilkunastu, dwudziestu latach, kiedy uwidaczniają się rzeczywiste skutki dobrych działań.

E.C.: **Dlaczego zatem w Szwecji myślą inaczej, czy pan mógłby to jakoś wytłumaczyć?**

A.W.: To są skutki długoletniej pracy edukacyjnej i promocji prozdrowotnych zachowań. Weźmy np. Finlandię, gdzie promocja zdrowia zaczęła się w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku.

W Kanadzie w 1974 roku premier Lalonde wprowadził program dla Kanadyjczyków, który oparł na szeroko zakrojonych badaniach różnych aspektów zdrowia populacji. Prowadząca badania komisja stwierdziła, że jeżeli będziemy budowali szpitale i rozwijali tylko medycynę naprawczą, to nie poprawimy stanu zdrowia Kanadyjczyków. I on sam, prawnik, zrozumiał, że trzeba zwrócić uwagę na styl życia, na jego warunki, na warunki pracy. Te wszystkie działania razem sprawią, że mniej się wyda na leczenie, a stan zdrowia społeczeństwa się poprawi.

W 1977 roku powstała rezolucja WHO „Zdrowie dla wszystkich”, która opiera się nie tyle na walce z chorobami, ile na trosce o zdrowie. Zawiera inną strategię i inne myślenie. Finowie wprowadzili w 1972 roku w Północnej Karelii program walki z zawałami serca. Ze wskaźnika 700 zachorowań na 10 tys. ludności zeszli do 200.

W 1986 roku odbyła się pierwsza konferencja na temat promocji zdrowia w Ottawie. To nowoczesne spojrzenie zaczęło się właśnie w Kanadzie, w Wielkiej Brytanii i w kilku krajach skandynawskich. I ono zaczęło przenikać coraz szersze rzesze społeczeństw. U nas do lat dziewięćdziesiątych XX wieku nie było „w obiegu” pojęcia zdrowia publicznego, była jedynie ochrona zdrowia.

Nasi obywatele nie są jeszcze przyzwyczajeni, że mają troszczyć się o własne zdrowie. Od tego jest lekarz, ministerstwo. Muszą nas wyleczyć. A w tamtych krajach ten proces trwał już od dłuższego czasu. A poza tym, spójrzmy na amerykańskie społeczeństwo. Jeżeli coś rząd zaleca albo coś jest zalecane w telewizji, to znaczy, że trzeba to robić. A u nas wprost przeciwnie.

E.C.: **Powiedzmy sobie szczerze, że amerykańskie społeczeństwo ze swoją otyłością to nie jest dla nas wzór...**

M.P.: To zależy, w którym przekroju społecznym.

A.W.: Świadomy Amerykanin nie pali, biega, stara się przestrzegać zasad zdrowego życia. Ale struktura społeczeństwa amerykańskiego się bardzo zmieniła. Procentowo jest coraz więcej Latynosów z „naszym” podejściem do zasad zdrowego stylu życia.

M.P.: Mam swoją teorię, dlaczego można było w krajach skandynawskich czy Kanadzie, a nie gdzie indziej. Tu wchodzimy w nawyki i pewną kulturę narodów. Ewidentnie widać, że kraje północne sobie z tym wszystkim dużo lepiej radzą. W Grecji w dalszym ciągu komplementem jest: ja nie chodzę do lekarza, nie robię badań profilaktycznych...

E.C.: **To nie jest zdrowie publiczne, tylko medycyna naprawcza.**

M.P.: Podział na medycynę naprawczą i zdrowie publiczne nie jest ostry. Lekarz POZ powinien realizować również zadania zdrowia publicznego, jak chociażby badania profilaktyczne dzieci. Chodzi też o powszechność badań przesiewowych. Dla mężczyzn w pewnym wieku, dla kobiet w poszczególnych chorobach. To nie tylko niepalenie i zdrowa żywność. Oprócz wykształcenia, poziomu ekonomicznego liczą się pewnego rodzaju nawyki kulturowe. Do świadomych obywateli argumenty lekarza trafiają i oni się do nich stosują.

A.W.: Chociaż nie zawsze, bo są wyjątki. Wtedy dopiero są restrykcje. Proszę zauważyć, że Szwedom, Norwegom, a zwłaszcza Finom nikt nie wytłumaczy, że nie należy pić alkoholu w takich ilościach, jak lubią. W związku z tym musiały zostać wprowadzone ograniczenia dostępności poprzez wysoką cenę, utrudnienia w zakupie itd. Nic innego nie podziałało, tylko restrykcje wprowadzone przez państwo. I dopiero one ograniczyły spożycie.

E.C.: **A ograniczyły naprawdę, czy ograniczyły fikcję?**

A.W.: Ograniczyły naprawdę.

E.C.: **Bo ja np. nie jestem w stanie zweryfikować ograniczenia palenia przez Polaków. Jest przemysł i nie wiem, jak on jest wielki...**

A.W.: Ma pani rację, ale jeżeli porównamy statystyki i weźmiemy 1986 rok, to pamiętam, że 73 procent polskich mężczyzn wówczas paliło. A w tej chwili około 35 procent. Więc w ciągu lat trend spadkowy jest wyraźny.

M.P.: I to nawet widać. Za to kobiety palą zdecydowanie więcej.

A.W.: I to we wszystkich krajach.

M.P.: Czyli stajemy się powoli normalni...

E.C.: **Spróbujmy podsumować. Czy ta ustawa, z wszystkimi ograniczeniami, coś zmieni w podejściu instytucji państwowych do zdrowia publicznego, czy też będzie zawieszona w powietrzu, jak pierwszy Narodowy Program Zdrowia?**

A.W.: Myślę, że zmieni. Wprowadzi zdrowie publiczne już jako program oficjalny. W tej chwili nie ma się do czego nawet odwołać. Teraz będzie jednak regulacja ustawowa. Jest zapis otwierający furtkę do powołania pełnomocnika rządu. To jest bardzo ważne, żeby był mechanizm koordynacyjny dla pracy wielu resortów. Od razu nie będzie „raju”, ale przynajmniej kilka programów prozdrowotnych, szczególnie ukierunkowanych na dzieci. Dla mnie aktywność fizyczna, problem palenia przez dzieci i lepszego odżywiania to szalenie ważne aspekty zdrowotne. Druga sprawa to lepsza koordynacja przeróżnych programów samorządowych. Tutaj ustawa nie odbiera nikomu kompetencji, tylko umożliwia dofinansowanie.

E.C.: **Ale jak dofinansować, panie profesorze, jeśli nie ma z czego.**

A.W.: To nie szkodzi, tu nie trzeba nawet dużo. Te ponad 200 mln zł na koordynację jest to tylko początek.

E.C.: **Więcej niż nic?**

M.P.: Więcej i lepiej niż do tej pory. Nie ma pełnomocnika, ale jest ustawa, za której realizację jest odpowiedzialny minister zdrowia. Czy to będzie robił sam, czy za pomocą departamentu, czy też zleci zadania swojemu zastępcy, to już mniej ważne. Przynajmniej ktoś za coś odpowiada. Z zapisów ustawy wynika, że Rada Ministrów

może powołać pełnomocnika. Więc jest furtka. Każdy premier może powołać swojego pełnomocnika. Bardzo źle się stało, że tak poważnie umocowany pełnomocnik zniknął, ale jest lekko uchylona furtka i odpowiedzialność.

To samo, jeżeli chodzi o finanse. Według mnie dysponentem środków powinien być pełnomocnik. Skoro go nie ma, to w sposób oczywisty nie jest. Ale już po drodze na etapie prac nad projektem ustawy właśnie ta kompetencja jako pierwsza zniknęła. I to należałoby przywrócić, ponieważ w innym przypadku pieniądze wydawane na zdrowie się rozpląną.

Nie można zapomnieć, że lobby kliniczne i medycyny naprawczej to jeden z największych przeciwników takiej ustawy, bo to jest umniejszanie tzw. ich pieniędzy. Kiedy środowisko usłyszało, że dysponentem będzie pełnomocnik zdrowia publicznego, to było przestraszone i przeciwne. Ponieważ wyobrażono sobie, że nie będzie na sprzęt, tylko na profilaktykę i promocję. To byłaby bzdura. Należałoby jednak przywrócić rolę i pozycję pełnomocnika do spraw zdrowia publicznego. Za tym powinny iść pieniądze, żeby nie było martwej ustawy. Tak się stało np. z dobrym Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego, który nie dostał finansowania i koordynatora. Ciesząc się, że jest wreszcie ustawa, ja osobiście żałuję, że nie jest lepsza, niż mogła być.

A.W.: Ale jak już będzie ustawa, jest możliwość jej poprawienia. Oczywiście to zależy od klimatu politycznego.

E.C.: **Praktyka pokazuje jednak, że nieustanna nowelizacja ustaw prowadzi do tego, że są one wewnętrznie sprzeczne. Tak jest z wieloma ustawami z dziedziny zdrowia.**

M.P.: Jeżeli uchwalamy prawo, o którym mówimy, że się je poprawi, to jest źle.

A.W.: Zgoda, to jest źle, ale lepiej aniżeli zupełny brak prawnych regulacji.

M.P.: Jeszcze gorzej, jeżeli uchwalamy prawo i mówimy, że jak my przejmujemy władzę, to je zmienimy. To już jest fatalne i to jest psucie nie tyle prawa, ile psucie państwa.