



## PRZYWRÓĆMY POLSCE

## SŁUŻBĘ ZDROWIA

Fot. Sławomir Kamiński/Agencja Gazeta ZK

### Rozmowa z Konstantym Radziwiłłem, ministrem zdrowia

Panie ministrze, znamy pańskie poglądy od lat, między innymi z felietonów publikowanych w „Menedżerze Zdrowia”. Co innego jednak prezentować opinie, a co innego realizować pomysły, odpowiadając za system. Proszę wybaczyć tak wczesne pytanie – co pan chce po sobie zostawić?

Zdaję sobie sprawę z ogromu zadań, jakie przede mną stoją. Chciałbym doprowadzić do sytuacji, w której polska służba zdrowia będzie każdemu potrzebującemu pomocy gwarantowała sprawiedliwy dostęp do wysokiej jakości, bezpiecznej opieki zdrowotnej. Jednocześnie system powinien zapewniać pracownikom pla-



**DOBROWOLNY SYSTEM UBEZPIECZENIOWY**

**SKĄDINĄD POŻYTECZNY SPOŁECZNIE,**

**NIE MOŻE STANOWIĆ WYMÓWKI**

**DLA WŁADZ PUBLICZNYCH W ZAKRESIE**

**ICH ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA SYSTEM OCHRONY ZDROWIA**

Priorytetem systemu ochrony zdrowia jest zapewnienie funduszy oraz personelu medycznego niezbędnych do realizacji jego zadań. Jest oczywiście wiele bardzo pilnych spraw do załatwienia, które nie tyle są priorytetami, ile tym, co trzeba zrobić natychmiast, np. rozwiązanie problemu realizacji projektu P1, zapewnienie finansowania obietnic poprzedniego ministra w stosunku do pielęgniarek, uporządkowanie rozchwianej sytuacji w onkologii. Kalendarz tych najpilniejszych rzeczy chciałbym ustalić po błyskawicznej konsultacji ze wszystkimi uczestnikami systemu ochrony zdrowia, która będzie moim pierwszym działaniem w resorcie.

Systemowi brakuje wielu rzeczy. Dwie są fundamentalne: brak pieniędzy i lekarzy. Czy ma pan już obietnicę, że branża otrzyma z budżetu deklarowane przez pana 6 proc. PKB? I kiedy to będzie?

Prawo i Sprawiedliwość w swoim programie zapowiedziało wzrost nakładów na ochronę zdrowia. Ale byłoby nieodpowiedzialnością zapowiadać dodanie do systemu 30 mld zł rocznie od jutra. Mam jednak nadzieję na szybkie przygotowanie mapy drogowej stopniowego dochodzenia do wydatków publicznych na zdrowie na poziomie nie niższym niż 6 proc. PKB. Sądzę, że nie może to nastąpić później niż za trzy lata.

Czy te pieniądze wystarczą? Pytam o to w kontekście gwałtownego starzenia się społeczeństwa, a równocześnie niesłuchanie szybkiego rozwoju skutecznych, nowoczesnych technologii medycznych, które coraz więcej kosztują. Czy oparcie finansowania systemu jedynie na budżecie jest pańskim zdaniem wystarczające, czy jednak konieczny będzie rozwój dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych?

Nakłady na zdrowie w wysokości 6 proc. PKB to minimalny poziom sugerowany dla krajów naszego regionu przez Światową Organizację Zdrowia. Oczywiście wraz ze wzrostem PKB, a także zwiększającymi się potrzebami systemu ochrony zdrowia poziom ten, tak jak w innych krajach, powinien dalej wzrastać – w wie-

cówek zdrowotnych godne warunki pracy i rozwoju zawodowego, a wszystkim innym uczestnikom poczucie stabilności. Może brzmi to trochę utopijnie, ale skoro jest to możliwe w innych krajach naszego regionu, to dlaczego miałyby nie udać się i nam?

Od kilku lat w styczniu „Menedżer Zdrowia” organizuje konferencję „Priorytety w ochronie zdrowia”. My mamy swoje priorytety, a jakie będą pańskie?

**PUBLICZNA SŁUŻBA ZDROWIA NIE MOŻE**

**BYĆ REGULOWANA RYNKIEM,**

**NA KTÓRYM BEZWZGLĘDNA KONKURENCJA**

**NAKAZUJE CIĄGŁE MYŚLENIE O ZYSKU**

lu krajach Europy Zachodniej dawno przekroczył on 10 proc. Nie należy jednak zapominać, że minister zdrowia jest odpowiedzialny za zorganizowanie dostępnej dla wszystkich potrzebujących opieki zdrowotnej na wysokim poziomie z wykorzystaniem funduszy publicznych. Pieniądze prywatne, w tym ubezpieczenia dodatkowe, we wszystkich krajach stanowią uzupełnienie nakładów publicznych. Dobrowolny system takich ubezpieczeń, skądinąd pożyteczny społecznie, nie może stanowić wymówki dla władz publicznych w zakresie ich odpowiedzialności za system.

**Jakie rozwiązanie pan zaproponuje, jeśli chodzi o drugi najważniejszy problem – brak lekarzy?**

Przede wszystkim należy zwiększyć liczbę miejsc na polskojęzycznych wydziałach lekarskich. Granicą powinny być wyłącznie możliwości kształcenia na uczelniach medycznych. Jednocześnie należy zapewnić wysoki poziom kształcenia oraz przyjazną dla lekarzy ścieżkę rozwoju zawodowego. W tym celu przywrócimy staż podyplomowy oraz uprościmy system specjalizowania się i ustawicznego rozwoju zawodowego lekarzy.

**Jaki ma pan pomysł na uzdrowienie relacji: lekarz POZ–AOS–szpital?**

Obecne problemy są efektem anachronicznego, czysto kapitałowego systemu wynagradzania lekarzy POZ, a także patologicznego oparcia finansowania na zakupach procedur, i to w warunkach konkurencji wszystkich ze wszystkimi. Należy stopniowo przywrócić koordynację opieki nad chorymi, a płacić coraz bardziej za wysiłek, jakość i wyniki niż za wykonanie określonych procedur.

**Jak chce pan zbudować deklarowaną sieć szpitali, skoro do tej pory nie udało się jej utworzyć – ze względu na ogromnie silny lobbings samorządowy – nawet prof. Relidze?**

Mam wrażenie, że osiem lat po tym, gdy projekt ustawy o sieci szpitali został zaprezentowany, poziom akceptacji takiego rozwiązania jest znacznie wyższy. Wiele samorządów nie radzi sobie ze swoimi szpitalami właśnie dlatego, że nie ma w tym zakresie żadnej regulacji.

**Jest pan praktykującym lekarzem rodzinnym. Co chce pan zmienić w tej podstawowej przecież dziedzinie?**

Podstawowa opieka zdrowotna powinna się opierać na lekarzu rodzinnym o szerokich kompetencjach jako koordynatorze zespołu różnych pracowników medycznych. Wsparcie państwa dla placówek POZ powinno uczynić z niej atrakcyjne dla absolwentów studiów medycznych miejsce pracy. Wynagradzanie POZ powinno zachęcać do wykonywania jak największego zakresu opieki.

**Zjednoczona Prawica deklaruje konieczność likwidacji NFZ, na którym obecnie opiera się cały system. Co go zastąpi? Czy po prostu regionalne oddziały funduszu staną się wydziałami medycznymi w urzędach wojewódzkich?**

Likwidacja NFZ jest wtórna do zapowiedzi przywrócenia bezpośredniej odpowiedzialności państwa za system ochrony zdrowia. Jeśli finansowanie opieki zdrowotnej spocznie na budżecie państwa, to odrębna instytucja płatnika traci sens. Jednocześnie uspokajam: nic w tym zakresie nie stanie się od jutra, a zarówno dla świadczeniodawców, jak i tym bardziej dla pacjentów zmiana ta nie powinna być w żaden sposób dolegliwa.

**Jak pan patrzy na system ochrony zdrowia: czy to jest klasyczna branża z klientami, producentami, budżetem, czy – jak twierdzą inni – działalność misyjna? Lekarz to dobry lub zły rzemieślnik czy Judym?**

Systemowi ochrony zdrowia należy przywrócić zapomniane miano służby zdrowia. Dziś nie tylko nie używa się tego określenia, ale w obiegu są takie określenia, jak świadczeniodawca, procedura, świadczeniobiorca, kontrakt, limit, nadwykonanie itp. Niestety prowadzi to do kompletnego wypaczenia sposobu myślenia o służbie zdrowia przez jej uczestników – wielu zarządzających placówkami zdrowia myśli raczej o wyniku finansowym niż o wypełnianiu misji wobec chorych. Uważam, że jest to jeden z podstawowych problemów polskiego systemu ochrony zdrowia. Publiczna służba zdrowia nie może być regulowana rynkiem, na którym bezwzględna konkurencja nakazuje ciągle myślenie o zysku. Także personel medyczny to w ogromnej większości osoby, które były kształcone do etosu pomocy choremu – zbiurokratyzowany, rynkowy i zdehumanizowany system często utrudnia im realizację ich powołania zawodowego. Trzeba to jak najszybciej zmienić. A tak na marginesie: postać dr. Judyma, nieźle zarabiającego, ale wrażliwego na biedę i problemy społeczne oraz zaangażowanego w sprawy publiczne lekarza, jest mi niesłychanie bliska.



Poprzednia administracja przyjęła m.in. ustawę o zdrowiu publicznym, pakiet onkologiczny, zaczęła konstruować mapy zdrowotne, dała podwyżki pielęgniarcom. Czy będzie pan realizował te decyzje, czy je zmieni?

Okrojoną z wszelkiego znaczenia ustawę o zdrowiu publicznym trzeba będzie poważnie znowelizować. Organizacja leczenia chorych onkologicznych musi być istotnie zmieniona i wydaje się, że docelowo z tzw. pakietu nie ma wiele do zachowania. Mapy zdrowotne to ważne przedsięwzięcie, ich przygotowanie należy przyspieszyć, gdyż będą one podstawą do planowania opieki w poszczególnych częściach systemu. Podwyżki dla pielęgniarów w zakresie, w jakim państwo się do nich zobowiązało, trzeba będzie realizować. Myślę jednak, że poszukiwanie rozwiązań problemów środowiska pielęgniarstwa powinno mieć charakter całościowy, oczywiście z udziałem reprezentacji zainteresowanych.

Każda z sił politycznych ma własne pomysły na doraźne zmiany. My w „Menedżerze Zdrowia” uważamy, że podstawowym problemem branży jest brak wizji jej rozwoju. Zmiany, które należy wprowadzić, wymagają przecież lat. Czy nie przydałaby się ponadpolityczna dyskusja o tym, jaką chcemy mieć ochronę zdrowia za 5, 10, 15 lat? Dopiero potem należałoby te zmiany wprowadzać. Czy poparłby pan taką inicjatywę?

To oczywiście, że zmiany w organizacji ochrony zdrowia nie przynoszą skutków natychmiast. Dlatego nie mogą być traktowane jako nośnik szybkiego sukcesu medialnego. Deklaruję, że będę konsultował projekty zmian w sposób umożliwiający skuteczny udział w debacie wszystkim zainteresowanym. Będę się także starał, aby zmiany były uchwalane z dużym wyprzedzeniem, umożliwiającym ewentualne korekty oraz przygotowanie się do nich. Jeśli w procesie tym chcieliby wziąć udział także politycy opozycji, na pewno będę na to otwarty.

*Rozmawiał Janusz Michalak*