



**KOORDYNACJA**

**ZAMIAST KONKURENCJI**

Rozmowa z Jarosławem Pinkasem, wiceministrem zdrowia

Nowemu kierownictwu Ministerstwa Zdrowia dawno już upłynęło sto dni urzędowania, niebawem tych dni będzie dwieście. Padło wiele zapowiedzi zmian, pracują liczne zespoły. Mamy już pierwsze sygnały zniecierpliwienia. Kiedy będą efekty pracy?

Wiem nawet, z której strony płyną te, jak to państwo określicie, pierwsze sygnały zniecierpliwienia. Jeden z portali medycznych krytycznie odnosi się do faktu, że tworzymy kolejne zespoły robocze. A przecież one powstają nie dla idei powstania, lecz w celu rozwiązywania konkretnych problemów. Nie wycofamy się z tego stylu pracy. Naszym obowiązkiem jest efektywne rozwiązywanie problemów, które opiera się na wiedzy eksperckiej, dialogu i współpracy z wieloma środowiskami zaangażowanymi w funkcjonowanie służby zdrowia. Każdy zespół ma swoje określone terminy. Sądzę, że z wszystkimi najważniejszymi projektami będziemy gotowi na koniec tego roku.

**Jaki to portal? Nasz, „Menedżera Zdrowia”? Nie przyznajemy się.**

Zgadza się, to nie „Menedżer Zdrowia”. To nie jest tak, że się obrażamy na krytykę. Jesteśmy otwarci na odmienne opinie i uwagi. Liczymy jednak na to, że będą one konstruktywne, a nie po prostu szydercze. Proszę sobie przypomnieć falę uzasadnionej krytyki, która spotkała poprzednie kierownictwo resortu za to, że projekty nowych aktów prawnych wprowadzano albo w ogóle bez konsultacji społecznych, albo zachowując jedynie ich pozór. Powstawały akty prawne pisane na kolanie, pospiesznie przeprowadzane przez rząd i sejm, przy oporze środowisk, często tak wadliwe, że autorzy musieli je poprawiać niemal natychmiast po uchwaleniu. My takich błędów nie mamy zamiaru popełniać. Nie oznacza to oczywiście, że nasze prace koncepcyjne będą się toczyć w nieskończoność. Pracujemy w rozsądnym tempie, mając na uwadze, że i pragmatyka polityczna, i ustawodawcza narzucają oczywiste dla każdego reguły i terminy. Nie mówiąc już o tym, że presja czasowa wynika chociażby z tego, że wiele obecnie funkcjonujących przepisów jest szkodliwych, a każdy dzień ich obowiązywania to dodatkowe straty dla polskiej służby zdrowia.

**W pańskich kompetencjach leży nadzór nad instytutami. Był pan szefem Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny oraz dyrektorem klinicznym Instytutu Kardiologii przez wiele lat. Zmiany zacznie pan od PZH?**

Nie tylko Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego czekają poważne zmiany. Chciałbym, by NIZP-PZH, Instytut Medycyny Wsi i instytuty medycyny pracy

**PRESJA CZASOWA WYNIKA CHOCIAŻBY**

**Z TEGO, ŻE WIELE OBECNIE**

**FUNKCJONUJĄCYCH PRZEPISÓW**

**JEST SZKODLIWYCH, A KAŻDY DZIEŃ**

**ICH OBOWIĄZYWANIA TO DODATKOWE**

**STRATY DLA POLSKIEJ SŁUŻBY ZDROWIA**

zostały przekształcone w państwowe instytuty badawcze. To zmieni sposób ich funkcjonowania. Z moich osobistych doświadczeń wynika, że instytuty dysponują kapitalnymi danymi na temat stanu zdrowia Polaków, chorób, na które zapadają, leków, które zażywają. Chodzi więc o coś więcej niż tylko dane epidemiologiczne. I te dane, tak skrzętnie gromadzone, mogłyby być lepiej analizowane, a co za tym idzie – efektywniej wykorzystywane. Zależy mi na tym, by jakość analizy gromadzonych danych poprawić. To prowadzi do uzasadnionych wniosków, a te z kolei do właściwych, trafionych i bezpiecznych dla społeczeństwa decyzji. Chciałbym, by wszelkie dane, nie tylko te gromadzone w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego, ale także w innych instytucjach związanych z ochroną zdrowia, w taki właśnie sposób były wykorzystywane.

**Przekształcenie w instytut badawczy? Czy po to, by wzmocnić narzędzia nadzorcze nad instytutami? Dotychczas panuje opinia, że przy nadzorze nad swoimi instytutami resort ma w ręku jedynie „guzik atomowy”: może zwolnić dyrektora, powołać go, ale wpływu na bieżącą politykę już nie ma.**

Nie zgodzę się z tym. Sytuacja naszych instytutów jest coraz lepsza. Także finansowa. Nawet w Instytucie Matki Polki, wcześniej wymienianym wśród największych szpitali dłużników, trwa skutecznie prowadzony program naprawczy.

**A osiągnięcia naukowe? Instytuty utworzone w celu prowadzenia badań koncentrują się przede wszystkim na leczeniu pacjentów. Wyniki w światowych rankingach naukowych mają marne.**

Rzeczywiście potrzebujemy więcej badań naukowych, więcej osiągnięć w tej dziedzinie, ale wyniki w światowych rankingach nie są w pełni miarodajne. I dotyczy to zarówno instytutów, jak i naszych uczelni medycznych. Na świecie uczelnie zajmujące się medycyną działają jako jednostki organizacyjne większych



Fot. © PAP/Tomasz Czeli

**MAPY POTRZEB ZDROWOTNYCH**

**MAJĄ POMÓC W OKREŚLENIU, ILE UMÓW**

**NALEŻY ZAWRZEĆ, BY BYŁY ONE DOPASOWANE**

**DO POTRZEB W ZAKRESIE LICZBY ŚWIADCZEŃ.**

**NIE OKREŚLAJĄ W ŻADNEJ MIERZE,**

**Z KIM TE UMOWY MIAŁYBY ZOSTAĆ ZAWARTE**

uniwersytetów, zajmujących się wieloma dziedzinami nauki. U nas dominują samodzielne jednostki, które przez to wypadają gorzej w rankingach, co nie oznacza, że funkcjonują źle. Autorzy światowych zestawień, np. listy szanghajskiej, nie biorą pod uwagę polskiej specyfiki organizacyjnej. Naprawdę nie jest tak źle, jak sugerują wyniki rankingów, choć oczywiście trzeba podjąć kroki, by było lepiej. Rozpoczęliśmy prace koncepcyjne nad nowymi sposobami finansowania instytucji i placówek naukowych.

Wracając do pracy zespołów, procesu legislacyjnego. Panuje opinia, że jeżeli ekipa rządząca nie przeprowadzi konkretnych zmian już na początku swojego urzędowania, nie przeprowadzi ich... nigdy.

Zapewniam, że mamy determinację do przeprowadzenia i dokończenia reform. A dowodem są już funkcjonujące akty, na przykład darmowe leki dla seniorów.

Następnym istotnym krokiem będzie opublikowanie map potrzeb zdrowotnych.

Mają one być busolą przy tzw. wielkim kontraktowaniu, zaplanowanym na lato przyszłego roku.

I będą. Z mapami wiążemy olbrzymie nadzieje. Przed wszystkim na to, że mocno ograniczą marnotrawstwo środków wydawanych w Polsce na służbę zdrowia. Nie potrafimy wykorzystać efektu skali. Procedura wykonywana zbyt rzadko na konkretnym oddziale jest nieopłacalna. Gdy powtarzana jest częściej, staje się opłacalna. I na dodatek bezpieczniejsza dla pacjenta, bo przeprowadzana na odpowiednim i dobrze obłożonym sprzęcie, przez wyspecjalizowanych lekarzy mających wiedzę i doświadczenie. Takie ośrodki należy premiować wyższą wyceną, w zależności od stopnia referencyjności. Dzięki analizie wynikającej z map potrzeb zdrowotnych będzie można premiować adekwatnymi kontraktami tych, którzy rzeczywiście na to zasługują. Dziś często jest tak, że strumień publicznych pieniędzy dzielony jest między kilka konkurujących ze sobą na lokalnym rynku ośrodków. W efekcie każdy z nich dostaje „coś”, ale każdemu jest mało. Takie rozwiązania nie sprawdzają się w praktyce. Należy doprowadzić do racjonalizacji wydatków, a dobra organizacja może to poprawić.

**Budzi to jednak obawy, przede wszystkim podmiotów prywatnych, że przy kontraktowaniu faworyzowane będą ośrodki publiczne.**

Nie ukrywamy, że naszym priorytetem jest publiczna służba zdrowia, ale to nie znaczy, że całkowicie odłączymy się od prywatnej. Na pewno nie może być tak, że prywatne placówki świadomie czy wręcz z premedytacją wybierają sobie dobrze opłacane procedury medyczne. Musi zapanować porządek i zdrowy rozsądek. Chcemy stworzyć sieć szpitali, do której podstawą kwalifikowania będzie jakość, ale rzeczywiście w znacznej części dotyczyć to będzie jednostek publicznych – łatwiej jest efektywnie zarządzać całością, kiedy mamy do czynienia z własnością publiczną. Zależy nam na tym, by jak najefektywniej wydawać publiczne pieniądze.

**Mapy potrzeb zdrowotnych z natury rzeczy ograniczą konkurencję na rynku świadczeń. Nie obawia się pan, że skutkiem ubocznym będzie powstanie monopolu, jeśli nie krajowych, to przynajmniej lokalnych? I że te monopole zaczną dyktować warunki niekorzystne dla budżetu i samych pacjentów?**

Mapy są narzędziem analitycznym wspomagającym podjęcie decyzji, a nie bezpośrednią wskazówką do kontraktowania. W Polsce istnieje system konkursów. Mapy potrzeb zdrowotnych mają pomóc w określeniu, ile umów należy zawrzeć, by były one dopasowane do prognozowanych potrzeb w zakresie liczby świadczeń. Nie określają w żadnej mierze, z kim te umowy miałyby zostać zawarte. W ogólnym pojęciu konkurencja to bardzo dobry mechanizm wymuszający lepszą jakość czy rozsądniejsze ceny. Ale jak każdy instrument, tak i konkurencja nie jest narzędziem doskonałym. Odnieśmy to do funkcjonowania państwa. Konkurencja dobrze służy na przykład w branży handlowej, ale już nie wtedy, gdy chodzi o wojsko, obronność. Podobnie w ochronie zdrowia. Są obszary, gdzie konkurencja dobrze służy pacjentom, ale i takie, gdzie wymagana jest konsolidacja wysiłku na przykład kilku powiatów naraz czy województwa. Dlatego zdecydowanie wolimy zmierzać w kierunku koordynacji niż konkurencji.

**Jednym z obszarów, którymi zawiaduje pan w ministerstwie, jest współpraca z Sejmem. A więc powodzenie projektów przygotowywanych przez resort zależy od pana. Wszyscy pańscy poprzednicy jak jeden mąż narzekali na współpracę z Sejmem. Pan ma sytuację komfortową – ugrupowanie rządzące ma większość w parlamencie, nie potrzebuje nawet koalicjanta...**

Uczę się nowej roli nie tylko ministra, lecz także polityka. Więc na tak postawione pytanie odpowiem: rzeczywiście, współpraca sejmowa układa się bardzo

dobrze. Myli się jednak ten, kto sądzi, że w ugrupowaniu rządzącym panuje pełna jednolitość poglądów. Po słowie zarówno PiS, jak i opozycji reprezentują swoich wyborców, w ich imieniu poruszają dotyczące ich sprawy i proponują rozwiązania nie zawsze zbieżne z założeniami przez nas. Moim zadaniem jest przekonanie posłów do naszych pomysłów, odpowiednia argumentacja, przedstawienie efektów. I cieszę się, że w wielu wypadkach potrafimy to robić skutecznie. Często bierzemy pod uwagę zdanie posłów, prowadzimy dyskusje w celu wypracowania najlepszych rozwiązań, cieszy nas ich zaangażowanie. Warto zwrócić też uwagę na skład sejmowej Komisji Zdrowia. Nie tylko po stronie rządowej, ale i opozycyjnej zebrali się w niej fachowcy, z którymi w wielu przypadkach mamy zdanie zbieżne i co do oceny sytuacji, i wyboru metod rozwiązania problemów.

**W Polsce brakuje lekarzy. I chyba w tej mierze nowa ekipa ma największe osiągnięcia – powstają nowe uczelnie lekarskie, także prywatne, nowe wydziały. Zwiększona została pula przyjęć na studia. Czy to wystarczy?**

Rzeczywiście, wracając do tematu tempa pracy poruszonego na początku naszej rozmowy – to jest przykład działań podjętych przez nas szybko i z sukcesem. Ale zdajemy sobie sprawę, że w kontekście braku lekarzy dużo pracy jeszcze przed nami. Proszę jednak zwrócić uwagę na to, że nie borykamy się szczególnie ze zjawiskiem ucieczki lekarzy czy to od zawodu, czy do innych krajów. To oczywiście poważne problemy, ale jeszcze poważniejszym jest luka pokoleniowa, będąca poniekąd skutkiem decyzji poprzedników. W Polsce bardzo duża grupa lekarzy przekroczyła pięćdziesiątkę, a nawet sześćdziesiątkę. Stosunkowo wielu właśnie kończy studia lub jest w ich trakcie. Braki najbardziej dotyczą tych, którzy mają lat trzydzieści czy czterdzieści. I tej luki pokoleniowej z dnia na dzień wypełnić się nie uda. Ale można próbować, na przykład zwiększając liczbę rezydentur, ułatwiając dostęp do specjalizacji, ułatwiając ścieżki rozwoju zawodowego. To właśnie zamierzamy uczynić.

**Pańskie priorytety?**

Trudno o nich mówić w szczegółach. Przejeliśmy odpowiedzialność za ochronę zdrowia w stanie, który pozostawia wiele do życzenia. Istnieje szereg problemów, i tych fundamentalnych, i tych szczegółowych, Dlatego nie wskażę jednej konkretnej rzeczy, na której chciałbym się skoncentrować kosztem poświęcenia mniejszej uwagi innym zagadnieniom. Priorytetem jest to, by dokonać mądrych, systemowych zmian i by były to zmiany pozytywnie odczuwalne przez społeczeństwo.

*Rozmawiali: Marta Koblańska, Bartłomiej Leśniewski*