

Chirurg systemu

Rozmowa z prof. Zbigniewem Religą,
Człowiekiem Roku 2005 w Ochronie Zdrowia, ministrem zdrowia

Cieszę, że zdecydował się pan przyjąć tytuł przyznany przez Kapitułę po raz pierwszy, mimo obiekcji związanych m.in. z tym, że był pan – od kilku lat – jej członkiem. Czytelnikom trzeba jednak wyjaśnić, że po pierwsze – jak każdy minister – zdecydował pan na zawieszenie swojego uczestnictwa w Kapitulce konkursu na czas pełnienia funkcji i po drugie – pańska kandydatura została zgłoszona o wiele wcześniej niż został pan ministrem. Panie profesorze, gratuluję w imieniu całej redakcji *Menedżera Zdrowia*.

Dziękuję bardzo.

Mijający rok był niewątpliwie rokiem Religi. Dzięki panu sprawy koniecznych zmian rynkowych w ochronie zdrowia znajdowały się na czołówkach gazet. Jak to się jednak stało, że najpierw krytykował pan koncepcję reformy zdrowia zwycięskiej partii, a potem... został pan ministrem w jej rządzie?

Byłem lekko zaszokowany, gdy na mój telefon komórkowy zadzwonił premier i poprosił o spotkanie. W trakcie rozmowy z Kazimierzem Marcinkiewiczem o opiece zdrowotnej okazało się, że w wielu sprawach się zgadzamy. Premier stwierdził wtedy, że skoro tak, to może obejmę resort zdrowia. Poprosiłem o czas do zastanowienia. Na drugi dzień odmówiłem. Zadowolony z siebie pojechałem na ryby. Po powrocie położyłem się spać, gdy około 23 obudził mnie telefon. Okazało się, że z Gdańska dzwoni asystent prezydenta-elekta Kaczyńskiego. Prezydent poprosił mnie o wejście do rządu, używając najbardziej patriotycznych argumentów: polskiej racji stanu i odpowiedzialności za kraj. Stwierdziłem, że skoro prosi mnie o to prezydent, to nie mam wyjścia. Zapytałem jednak czy – w wypadku, gdy realizowanie moich koncepcji napotka na opór – będę mógł liczyć na osobiste wsparcie prezydenta. Odpowiedział, że tak. Skontaktowałem się z Janem Rokitą, który powiedział, że rozumie moją decyzję, dodając, iż na pewno wynika ona z moich reformatorskich planów. Stwierdził jednak, że gdybym był członkiem Platformy Obywatelskiej, to z partii by mnie wyrzucił. Wracając do premiera i prezydenta – posta-

wilem warunek: pierwsza odmowa poparcia moich działań zakończy się natychmiastową dymisją.

Nie boi się pan położyć na szalę całego swojego autorytetu, obejmując resort, w którym niemal wszyscy ministrowie ponieśli porażki?

Nie boję się, bo wiem, co należy zrobić i wierzę, że w tej konfiguracji politycznej mi się to uda. Ostatnio, podczas obrad Rady Ministrów nad budżetem wszystkim resortom obcięto finanse o 5 proc., a nam nie.

Obejmując stanowisko, przygotował pan harmonogram zmian w służbie zdrowia, obliczony na 7 lat. Czy to nie za długo?

Szybciej się tego na pewno nie da zrobić, a nawet powiem więcej – cała reforma systemu zajmie ok. 10 lat. Oczywiście, będziemy elastyczni i zamierzamy na bieżąco uwzględniać zachodzące zmiany. Jednak reforma sfery tak wrażliwej społecznie, w dodatku w trakcie jej funkcjonowania, nie może być nagła. Trzeba ją wprowadzać ostrożnie i powoli, po wcześniejszym dokładnym przeanalizowaniu ewentualnych konsekwencji wprowadzanych zmian.

Co powinno się panu udać już w pierwszym roku?

Do tego czasu zostanie opracowana sieć szpitali, która zapewni bezpieczeństwo zdrowotne społeczeństwa. Na pewno jednak lista tych szpitali nie zostanie opublikowana przed wyborami samorządowymi. Nie chcę dawać pożywki do walki politycznej. Sieć zostanie opracowana w ministerstwie w oparciu o opinie ekspertów i dane NFZ. Na pewno nad pracami będą czuwali ministrowie Piecha, Wojtyła i Pinkas. Zamierzam oprzeć ją na rzeczywistych potrzebach regionu i jego sytuacji. W jej strukturach na pewno nie będzie miejsca dla ponad 700 dotychczas działających szpitali.

Czyli mniej niż połowy istniejących dzisiaj placówek?

Nie, na pewno znacznie więcej. Nie znajdują się w niej jednostki niepotrzebne. Te, które zostaną, będą objęte ścisłym nadzorem właścicielskim, kontrolowanym przez resort i NFZ. W przygoto-



fol. Piotr Waniorek

” Premierowi i prezydentowi-elektowi postawiłem warunek: pierwsza odmowa poparcia moich działań zakończy się natychmiastową dymisją ”

wywanej ustawie zakładamy, że właściciel, np. wojewoda, będzie objęty pełną odpowiedzialnością prawną i finansową, aby nikt nie odważył się zadłużyć szpitali. Dyscyplina budżetowa musi być przestrzegana, nawet gdyby menedżerowie musieli odpowiadać za swoje błędy przed sądami.

Czy stworzenie takiej sieci nie zagrazi jakości leczenia? Szpitale, które znajdują się w sieci, będą na tyle bezpieczne finansowo, że nie będą miały motywacji do podnoszenia standardów pracy.

Znajdujemy się w sytuacji poszukiwania pieniędzy i zysk, jaki osiągniemy dzięki wykluczeniu z sieci części szpitali, będzie można przeznaczyć na inne cele zdrowotne. Chcemy w ten sposób zwiększyć strumień pieniędzy przeznaczonych na opiekę zdrowotną.

Obawiam się jednak, że oszczędności płynące ze zlikwidowania lub połączenia kilkunastu, a nawet większej liczby szpitali nie będą na tyle duże, aby zaważyć na standardach leczenia.

Oczywiście, budżet państwa także musi zwiększyć finansowanie ochrony zdrowia. Liczę, że od 2007 r. wydatki na ten cel wzrosną o 2 mld zł. Premier już zapowiedział przeznaczenie 1,2 mld zł na finansowanie ratownictwa medycznego. Obecnie NFZ przeznacza na ten cel 900 mln zł. Po zapowiedzi Kazimierza Marcinkiewicza NFZ uzyska dodatkową kwotę, którą będzie mógł przeznaczyć na inne cele medyczne. Liczę też na to, że za 2 lata 700 mln zł zostanie przeznaczonych na procedury, które już są finansowane przez Ministerstwo Zdrowia oraz rozszerzenie listy tych procedur. Zwiększanie puli pieniędzy przeznaczanych na zdrowie będzie też związane z poprawą ekonomiczną polskiej gospodarki, ale przy zachowaniu obecnej wysokości składki. Zapracuje na to zmniejszenie bezrobocia i wzrost wynagrodzeń.

Ale potrzeby polskiego systemu wymagają 2-krotności obecnego budżetu NFZ, czyli ponad 60 mld zł.

Dlatego mówię o horyzoncie czasowym obejmującym minimum 7 lat. Potrzebne jest jednak pokazanie ludziom drogi dochodzenia do reformy systemu.

Czy myśli pan, że pańscy ludzie, czyli lekarze i pielęgniarki wytrzymają w obecnym systemie jeszcze te 7–10 lat?

Zdaję sobie sprawę z ogromnej frustracji pracowników. Pierwszym ruchem rządu będzie akceptacja dla ustawy, która pozwoli na odpisy od podatku wydatków poniesionych przez lekarzy i pielęgniarki na szkolenia zawodowe. Oczywiście, nie jest to wielka suma – kilkadziesiąt milionów zł, ale będzie to pierwszy krok. Ustawa jest już gotowa i przedstawię ją na najbliższym posiedzeniu Rady Ministrów. Realny wzrost wynagrodzeń będzie rozłożony w czasie. Izba Lekarska żąda określenia minimalnej płacy na poziomie 5 tys. zł. Problem w tym, że podniesienie wynagrodzenia jednej grupy zawodowej może być niezgodne z Konstytucją. Płace jednak muszą być podwyższone, bo za chwilę większość lekarzy wyjedzie z Polski.

Czy możliwa będzie prywatyzacja służby zdrowia?

W każdym europejskim państwie istnieje państwowa służba zdrowia. Prywatyzacja szpitali powinna dotyczyć tylko tych, które nie będą w sieci i powinna mieć charakter prywatyzacji pracowniowej. Chciałbym, żeby powstawały prywatne ośrodki, ale nie na drodze prywatyzacji szpitali publicznych. Aby jednak prywatne leczenie zaczęło się rozwijać, musi powstać rynek ubezpieczeń zdrowotnych.

Problem sektora prywatnego polega na tym, że często wykonuje on procedury medyczne taniej niż jednostki państwowe, a mimo to nie ma gwarancji czerpania pieniędzy ze środków publicznych, bo NFZ – mimo deklaracji – wyraźnie je dyskryminuje.

W Europie prywatne szpitale również funkcjonują w oparciu o ubezpieczenia państwowe – zgadza

się. Nie widzę w tym nic złego, bo pacjenta nie obchodzi, czy szpital jest państwowy, czy prywatny. Aby jednak taki system wprowadzić w Polsce, znowu... potrzeba nam czasu. Wierzę jednak, że taki model w naszym kraju zadziała.

W takiej sytuacji jedynym wyjściem jest odejście od monopolu płatnika, bo psuje on rynek. Rywalizujący ze sobą płatnicy nie będą podejmowali decyzji nieracjonalnych ekonomicznie, jak dotychczas robił to NFZ.

Muszą to być ubezpieczenia dodatkowe, ale nie tylko. Monopol NFZ musi zostać rozbity przez możliwość przekazywania obowiązkowej składki do różnych firm ubezpieczeniowych. W mojej wizji jest przekształcenie NFZ w 2–3 firmy ubezpieczeniowe. Prawdziwy rynek powstanie jednak dopiero wtedy, gdy pojawią się na nim ubezpieczyciele komercyjni.

Kiedy to nastąpi?

Za 2 lata będziemy mieli określony koszyk świadczeń. Wtedy też zostanie przekształcony NFZ. Gdy te 2–3 państwowe instytucje ubezpieczeniowe okrzepną, to po kolejnych 2 latach będzie można wpuścić na rynek ubezpieczycieli komercyjnych. Warunkiem przemian, które planuję, jest to, aby pacjent nie odczuwał zachodzących zmian. Podział NFZ zostanie zadekretowany administracyjnie. Ludzie w danym regionie niejako automatycznie przejdą do nowego ubezpieczyciela, który będzie działał w oparciu o obecne struktury NFZ. Po 2 latach od utworzenia takich regionalnych ubezpieczycieli będą oni mieli możliwość działania w skali całego kraju. W ten sposób wytworzy się konkurencja, bo obywatele kraju będą mogli wybrać ubezpieczyciela.

Czy jest pan w stanie – przy obecnych finansach NFZ – przygotować koszyk świadczeń?

To największe wyzwanie mojej kadencji. Ale jeśli tego nie zrobimy, to nie powiedzie się cała reszta zmian. Koszyk będzie odzwierciedlał sytuację polskiej służby zdrowia.

Właśnie... sytuację, w której przeciętnemu Polakowi państwo funduje co roku 800–1 000 zł na leczenie. W koszyku znajdzie się więc bułka z masłem, ale już nie będzie ani jajka, ani kielbasy, ani sera. Jak chcecie opracowywać koszyk, jak nie macie standardów?

Bez standardów nie ma koszyka. Standardy opracuje powołana Agencja Technologii Medycznych. Dziś jednak nie ma kandydata marzeń na stanowisko szefa tej agencji, ale do końca tego roku zostanie powołany.

Co chce pan zmienić w szpitalach?

Będziemy nowelizować ustawę zdrowotną, ale na pewno zmiany nie będą zauważalne zaraz po 1 stycznia.

Czy będzie możliwość współpłacenia za usługi szpitalne?

Uważam, że trzeba umożliwić współpłacenie pacjentom, którzy tego chcą. Uznaję także, że klarowniejsza sytuacja jest wtedy, gdy szpital ma możliwości podejmowania działań komercyjnych.

Tu będzie musiał się pan dogadać z szefem NFZ, a tymczasem w obecnej ustawie jest wpisany stały konflikt między szefem resortu i prezesem płatnika.

Będę się starał zmienić ustawę i stosunki z prezesem. Współpraca jest możliwa. Do ustawy chcemy wprowadzić większą odpowiedzialność ministra zdrowia za działania, podejmowane przez NFZ. Współpraca jest o tyle konieczna, że praktyka ostatnich miesięcy pokazała, że między prezesem funduszu i ministrem była otwarta wojna. Na razie ze strony Jerzego Millera widzę wielką ochotę do współpracy.

Panie profesorze, wiem, że zawsze dotąd, niezależnie od piastowanej funkcji, operował pan pacjentów. Czy nadal będzie pan to robił?

W ostatnim czasie nie operowałem zbyt często, bo przecież byłem dyrektorem Instytutu w Aninie, a praca urzędnika zajmuje wiele czasu. W ostatnim roku operowałem 2–3 razy w tygodniu. Teraz jednak już pewnie nie będę mógł tego robić.

Czy to zdarzyło się panu po raz pierwszy?

Tak, ale przyznam się panu, że nie żałuję. W moim życiu zawodowym były różne etapy. Na pewno etap, w którym jedyną pasją była praca na sali operacyjnej, skończył się. Po kilkudziesięciu latach przy stole operacyjnym nabrałem przekonania, że 99 proc. przeprowadzanych zabiegów doskonale wykonują moi asystenci. Gdy spoglądam wstecz, na okres zabrzański, to dochodzę do wniosku, że wówczas moja obecność podczas operacji była naprawdę konieczna. Obecnie już nie ma takiej potrzeby. Wykształciłem wielu doskonałych operatorów. Z czasem przestałem traktować operacje jako wyzwanie. Wyzwaniem było zadłużenie Instytutu. Jestem też przeciwnikiem modelu działania, w którym chirurg pcha się na salę operacyjną bez względu na wiek. Trzeba dać szansę młodszym, a samemu wykorzystać swoje doświadczenie w... chirurgii systemu.

Panie profesorze, dziękuję za rozmowę i w imieniu nas wszystkich życzę powodzenia.

Rozmawiał Janusz Michalak