

# KONIECZNY RESET SYSTEMU



Fot. Grzegorz Skowronek / Agencja Wyborcza.pl

Rozmowa z wiceministrem zdrowia  
Wojciechem Koniecznym

**Zdrowotne zapowiedzi przedstawicieli koalicji rządzącej były ambitne. Znalazła się wśród nich m.in. propozycja rezygnacji z limitów w szpitalnictwie. Czy jest ona realna?**

Co do zasady limity są złe i nie powinny obowiązywać. Zdając sobie jednak sprawę z tego, że system ochrony zdrowia był przez lata rozmontowywany, ostrożnie podchodzę do natychmiastowej i całkowitej rezygnacji z limitów. Nie dlatego, że chcę oszczędzać pieniądze, ale dlatego, że brakuje nam kadr i uwolnienie świadczeń nie przyniosłoby oczekiwanych rezultatów. Podam przykład. Jeśli zrezygnowalibyśmy z limitów na zabiegi endoprotezy bioder, aby szpitale, które nie dyżurują „na ostro”, mogły wykonywać więcej planowych zabiegów, niewątpliwie skrócilibyśmy kolejki, ale jest wielce prawdopodobne, że lekarze przestaliby pracować na oddziałach ostrodyżurowych. Brak limitów to w teorii dobry pomysł, w praktyce – w polskich warunkach, gdzie jest za mało lekarzy – już niekoniecznie. Mogłoby się to zakończyć katastrofą dla publicznych jednostek działających „na ostro” – dotyczy to każdej specjalizacji zabiegowej. Można założyć, że specjaliści zamiast pracować w trybie ostrodyżurowym zatrudniliby się tam, gdzie praca jest łatwiejsza, a zarobki wyższe. Mogłoby to wpłynąć na wzrost wynagrodzeń – od 300 zł za godzinę wzwyż, z czym dyrektorzy prawdopodobnie by sobie nie poradzili. To realia systemu. Dlatego do bezlimitowości należy podejść racjonalnie. W wypadku niektórych świadczeń, takich jak udary mózgu i pediatria, jest ona koniecznością. Jeśli chodzi o inne, nie należy działać pochopnie, tym bardziej że nie zawsze zniesienie ograniczeń dawało taką poprawę, jakiej oczekiwano.

**Na przykład?**

W diagnostyce obrazowej. Faktem jest, że kolejki do gabinetów się skróciły, jednak nadal trzeba czekać o wiele za długo na opisy badań. Traktujmy system ochrony zdrowia jako całość – zrobmy wszystko, aby podstawowa opieka zdrowotna i szpitalnictwo nie funkcjonowały w oderwaniu od siebie i bez rozsądnych powiązań. Do tej pory tak było...

**Podsumowując – czy koalicja rządząca zniesie limity?**

Jesteśmy za tym, aby je likwidować, ale trzeba to robić z głową. W przeciwnym wypadku możemy doprowadzić do tego, że ucierpią pacjenci, zabraknie lekarzy lub rozregulujemy rynek pracy.

**Czy można oszacować koszty tego procesu? Czy nie uważa pan, że koalicja wyborcza, zapowiadając likwidację limitów, przeceniła możliwości systemu?**

Jak wynika z wycień ministra finansów Andrzeja Domańskiego, roczny koszt to 23 mld zł. Zniesienie

**STAWIAMY NA LIKWIDACJĘ LIMITÓW  
W SZPITALNICTWIE – ALE NIE NA HURĄ,  
TYLKO W SPOSÓB RACJONALNY.  
W PRZECIWNYM WYPADKU MOŻEMY  
DOPROWADZIĆ DO TEGO, ŻE UCIERPIĄ  
PACJENCI, ZABRAKNIĘ LEKARZY  
LUB ROZREGULUJEMY RYNEK PRACY**

limitów byłoby więc dużym wydatkiem, ale nie tak dużym, aby nie można go było sfinansować. Problemem jest coś innego – działanie systemu ochrony zdrowia i problemy kadrowe. Nasz system nie jest tak sprawny, aby wyleczyć wszystkich potrzebujących, a tym samym płacić podmiotom więcej. Mamy zbyt mało lekarzy, łóżek szpitalnych, zamykane są niektóre oddziały. Powtórzę: to nie pieniądze byłyby największym kłopotem, lecz lekarze. A właściwie ich niedobór.

**Niektórzy eksperci przekonują, że kadr medycznych nie brakuje...**

Nie zgodzę się z nimi. Powiem więcej – jeśli twierdzą, że mamy dużo lekarzy i nie potrzebujemy ich więcej, to proszę, aby zgłosili się do ministerstwa lub do zarządzających szpitalami i podali kontakt do chętnych do pracy. Niech odezwą się do dyrektorów szpitali, w których pracują lekarze mający po 60 lat, wciąż dyżurujący i operujący. Proszę o kontakty, skorzystam z pomocy – zarządzający na pewno też. Jedna trzecia lekarzy jest w wieku emerytalnym.

Dlatego – abstrahując od nieodpowiedniej jakości kształcenia na nowo powstałych kierunkach lekarskich – zwiększenie naboru na studia medyczne to był dobry pomysł.

**A co z jakością?**

Docierają do nas informacje świadczące o tym, że poziom nauczania na niektórych uczelniach odbiega od oczekiwanego standardu. Kontrolujemy to. Ocena pewnie będzie dość krytyczna, ale należy pamiętać, że specjalistów brakuje i sama idea zwiększenia ich liczby jest właściwa. Jeśli poprawimy jakość kształcenia i wyedukujemy dobrych lekarzy, to zniesienie limitów w szpitalach będzie prostsze i skuteczniejsze.

Większość nowych uczelni i kierunków się utrzyma, ale niektóre będą musiały się zamknąć. Pamiętajmy o tym, że są studenci, którzy zaczęli naukę,

poniesiono koszty związane z przygotowaniem części infrastruktury i wyposażenia. Pewne jest jednak to, że dla resortu najważniejsza jest jakość nauczania oraz pewność, że specjaliści kończący studia będą mieli odpowiednią wiedzę i umiejętności, aby pomagać, a nie stwarzać zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów. Mamy świadomość, że część uczelni mimo braku pozytywnej opinii Polskiej Komisji Akredytacyjnej rozpoczęła działalność. Należy je poddać weryfikacji. Te, które nie przeszłyby testu lub nie poprawiły standardu nauczania, należałoby zlikwidować.

### Co ze studium w tych placówkach?

Mogłyby zostać „wchłonięci” przez uczelnie medyczne z doświadczeniem. Przedstawiciele uczelni z Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych zapowiedzieli, że mogą im zaofiarować miejsca u siebie, czyli w szkołach z tradycją, spełniających normy i wymagania. Przyjmą ich, aby dokończyli kształcenie. Jednocześnie należałoby weryfikować nauczanie lekarzy, rankingować uczelnie i kierunki.

### Jak to zrobić?

Rozwiązaniem mogłoby być wprowadzenie we wszystkich uczelniach jednakowych egzaminów w tym samym czasie, podobnie jak w przypadku matur. Testy dotyczyłyby głównych przedmiotów medycznych, np. po pierwszym roku anatomii, po drugim fizjologii, później farmakologii i chorób wewnętrznych. Składałyby się z tych samych, ale niejawnych pytań. Na każdym roku można by znaleźć jeden taki przedmiot lub dwa. Wyniki tych egzaminów umożliwiłyby m.in. ocenę jakości kształcenia na konkretnej uczelni, wskazując równocześnie, czy szkołę należy poddać weryfikacji. Dla studenta istotna byłaby uśredniona ocena z sześciu, siedmiu, ośmiu przedmiotów. Średnią studenta – także z przedmiotów, z których nie było egzaminów – uwzględniano by na dyplomie, a średnia wszystkich uczących się stałaby się podstawą do rankingowania uczelni. Ta z dyplomu byłaby brana pod uwagę przy ubieganiu się o rezydenturę lub specjalizację, natomiast wynikiem uczelni kierowałyby się młodzież przy wyborze szkoły. Przyszli studenci nie chcieliby się uczyć w szkołach, w których zdawanie wszystkich egzaminów jest łatwe, bo ostatecznie liczyłyby się wyniki z egzaminów państwowych – to one otwierałyby drzwi do rezydentury w konkretnym miejscu, do wymarzonej specjalizacji i umożliwiały podążanie wybraną ścieżką kariery.

Taki system wydaje się sprawiedliwy. Dzisiejszy LEK jest jedynie „zdjęciem jednego dnia” i niekoniecznie świadczy o tym, jak dobrze jest się przygotowanym do zawodu. Sprowadzenie sześciu lat studiów do jednego testu jest niepoważne. Najważniejsze jest zweryfikowanie wiedzy lekarzy i jej potwierdzenie w wiarygodnych danych i rankingach.

**Naczelna Rada Lekarska przyjęła uchwałę, zgodnie z którą na lekarskiej pieczęcie – obok imienia, nazwiska, tytułu zawodowego i numeru prawa wykonywania zawodu – może się znaleźć także nazwa ukończonej uczelni. Czy w pana ocenie to dobre rozwiązanie?**

To półśrodek, z którego niewiele będzie wynikać. Może być słaby student, który skończył dobrą uczelnię, i absolwent słabej uczelni z wysoką średnią. Który z nich będzie lepszym lekarzem? Idąc tym tokiem myślenia, możemy zacząć na pieczęcie wpisywać np. średnią ocen lub wyniki egzaminów. Jeśli tak, to których?

Zdecydowanie lepiej jest zrobić to, o czym mówiłem – stworzyć dobry system kształcenia, dzięki któremu lekarzy w publicznej opiece zdrowotnej będzie więcej.

**Może zamiast „produkować” lekarzy należałoby „wyciągnąć” ich z sektora prywatnego?**

Żeby przekonać lekarzy do pracy w sektorze państwowym, musielibyśmy doprowadzić do normalności, czyli tak przeorganizować system, żeby praca w szpitalach, które są najważniejsze, była opłacalna i prestiżowa zarówno dla ordynatorów, jak i szeregowych lekarzy. Do tego daleka droga. Wielu młodych w szpitalach tylko „odbębnią” specjalizacje i odchodzi do sektora prywatnego, dla innych to praca jedna z kilku. Kolejny problem to brak ścieżki awansu zawodowego dla lekarzy. W Niemczech, Francji, Austrii czy Szwecji zostanie ordynatorem jest zwieńczeniem kariery zawodowej, zarówno pod względem finansowym, jak i prestiżowym. U nas w publicznym szpitalu praca ordynatora to nieustanne kombinowanie, jak zapewnić odpowiednią obsadę lekarską na dyżurach i leki na oddziale. No i biurokracja.

Chciałbym tę sytuację zmienić, dając możliwości wyboru specjalizacji, poprawiając warunki pracy. Na początek – nie możemy pozwolić na zahamowanie przyrostu liczby lekarzy.

Sprawie nie pomaga też to, że poprzednie kierownictwo Ministerstwa Zdrowia „wypchnęło” lekarzy do sektora niepublicznego i zwiększyło samozatrudnienie, m.in. przez wprowadzenie siatki płac zawartej w ustawie o minimalnych wynagrodzeniach w ochronie zdrowia. Kiedyś wskaźnik pracy dla lekarzy ze specjalizacją wynosił 1,6, dziś to 1,45. Lekarz może zarabiać 10 375 zł brutto miesięcznie, podpisując umowę o pracę i podlegając prawu pracy, albo być zatrudnionym na kontrakcie lub dwóch i dostawać 30–40 tys. zł. Wszystko po to, by wilk był syty i owca cała. Poprzednie szefostwo resortu wymyśliło takie rozwiązanie, by z jednej strony lekarze wybierali możliwość zarabiania większych pieniędzy na kontraktach, w prywatnych gabinetach, a z drugiej, by leczyli bez przestrzegania prawa pracy, pracując po 250–300 godz. w miesiącu. Gdyby nie pracowali ponad miarę, wówczas zobaczylibyśmy, ilu lekarzy brakuje,





Fot. Grzegorz Skowronek / Agencja Wyborcza.pl

a ilu w wieku okołoemerytalnym pracuje po kilkaset godzin miesięcznie.

#### **Można powiedzieć, że lekarze zarabiają dobrze?**

Ci pracujący na podstawie umowy o pracę – nie, ci na kontraktach – tak. Pora pomyśleć o czymś w rodzaju ponadzakładowego układu pracy, podobnego do tego, jaki jest w zawodzie nauczycielskim, określającego widełki płacowe. Powinniśmy zacząć o tym rozmawiać z przedstawicielami samorządów lekarskich i związków zawodowych, znaleźć rozwiązanie, bo na razie jedynie podnosimy stawki.

#### **Czy to oznacza, że w systemie ochrony zdrowia jest rynek pracownika – lekarza?**

Tak. Lekarze często stawiają warunki, negocjując stawki z dyrektorami szpitali, a że jest ich mało i są na wygranej pozycji, to korzystają z tego.

Ale nie generalizujmy. Faktem jest, że młodzi lekarze nie chcą brać 12, 14 dyżurów w miesiącu. Chcą zachować *work life balance*. Dla mnie praca na dyżurach była normalnością, ale myślę, że dobrze, że to się zmienia. Nadal jednak dla niektórych leczenie to powołanie i poświęcenie – to nie zawód jak każdy inny i zajęcie „od – do”. Jest też tak, że lekarz specjalista bez gabinetu prywatnego jest w branży postrzegany jako gorszy, niezaradny. To niełatwa grupa zawodowa.

#### **Powtarza pan, że mamy za mało lekarzy. Odwróć tezę – może mamy za dużo szpitali albo łóżek szpitalnych?**

Polskie szpitalnictwo w pewnych zakresach jest w gruzach, z różnych powodów. A na gruzach czasami łatwiej zbudować niż remontować coś, co ledwo stoi. Dlatego trzeba rozpocząć prace nad tym, jak powinno wyglądać szpitalnictwo. Na początek potrzebujemy rzeczywistych map potrzeb zdrowotnych z uwzględnieniem wymaganych łóżek szpitalnych, jednostek ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i podstawowej opieki zdrowotnej. Wtedy będziemy wiedzieć, na czym stoimy. Dopiero na końcu powinniśmy rozmawiać o tym, czy mamy za dużo oddziałów i łóżek szpitalnych.

Konieczna jest też realna wycena świadczeń, oddłużenie szpitali, zwiększenie liczby lekarzy z uwzględnieniem dbałości o jakość ich wiedzy i umiejętności oraz finalnie zniesienie limitów w szpitalach.

#### **Oddłużenie?**

Oddłużenie szpitali jest koniecznością. To się musi stać – bez takiej pomocy zarządzający nie wyjdą z długów. Duże kwoty zamiast na leczenie i inwestycje są przeznaczone na spłatę odsetek kredytów. Równolegle musimy zmienić wyceny części procedur medycznych – to konieczne, aby oddłużenie było skuteczne. Szpitale zadłu-



Fot. Lukasz Kolewinski / Agencja Wyborcza.pl

zają się m.in. dlatego, że wyceny są niewłaściwe, nieprzystające do rzeczywistości rynkowej. Konieczne jest ich urealnienie.

Ważne jest także zróżnicowanie finansowania świadczeń w zależności od tego, gdzie są realizowane – w szpitalach, w których działają oddziały ratunkowe, wszystkie świadczenia na oddziałach podstawowych, tj. interna, chirurgia, pediatria, anestezjologia i intensywna terapia, powinny być finansowane o 30 proc. wyżej niż te same procedury w placówkach bez SOR. To poprawi jakość świadczeń, o którą tak trudno w szpitalach pracujących głównie „na ostro”. Inne świadczenia należy również realnie wycenić, stosując rachunek kosztów.

To, o czym mówię, to nie są polityczne punkty zmian w ochronie zdrowia – co do tego powinni zgadzać się wszyscy. Politycznie można się spierać o to, skąd wzięć pieniądze i czy za wszystko powinno płacić państwo, jakie powinny być zasady finansowania szpitali – ze składek czy z budżetu, czy dokładać z budżetu, czy nie dokładać – ale to kwestia wtórna.

**Skoro o tym mowa – czy można się spodziewać zmian w składce zdrowotnej? A może obciążyć obywateli jakąś formą współpłacenia za świadczenia zdrowotne finansowane z pieniędzy publicznych?**

W porozumieniu z ministrem finansów sprawdzamy możliwości zmian w składce na ubezpieczenie zdrowotne. Rozważane są różne sposoby uproszczenia zasad jej naliczania, w tym poprzez ryczałtową podstawę oskładkowania. Każda decyzja musi być powiązana ze

zmianami w prawie podatkowym. Analizowany jest też ich wpływ na budżet Narodowego Funduszu Zdrowia oraz budżet państwa, który partycypuje w wypłacaniu pieniędzy do NFZ. Artykuł 67 konstytucji pozwala ustawodawcy na dużą swobodę w kształtowaniu sposobu finansowania systemu opieki zdrowotnej, niemniej należy przy tym uwzględnić równomierne rozłożenie ciężaru na wszystkich ubezpieczonych.

Leczenie jest drogie. Obywateli nigdy nie będzie stać na opłacenie w całości pomocy medycznej, dlatego musi ona być finansowana w sposób solidarny – to znaczy z podatków, a bogatsi powinni płacić największe.

Polacy wciąż proporcjonalnie więcej wydają na leki niż obywatele innych krajów unijnych. Dużo też przeznaczamy na prywatną opiekę zdrowotną – dodatkowe odpłatności w publicznym systemie oznaczałyby kapitulację państwa. Nie powinniśmy wymagać więcej od pacjentów, lecz od państwa. Wciąż odsetek produktu krajowego brutto wydawany na zdrowie jest za mały, a zasada „n-2”, z której wynika, że pieniądze na ochronę zdrowia są obliczane na podstawie danych sprzed dwóch lat, zafałszowuje rzeczywistość.

**Czy w takim razie dobrym rozwiązaniem byłoby centralne zarządzanie szpitalami?**

Oczywiście – zarządzanie centralne, ale na poziomie województwa. Praca zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych, a nie przez nieracjonalne odgórne nakazy wydawane dyrektorom.

Rozmawiali Krystian Lurka, Marzena Sygut-Mirek