

TYLE ODPOWIEDZIALNOŚCI ILE WPŁYWU

Rozmowa z wiceministrem zdrowia **Krzysztofem Chlebusem**, odpowiadającym w resorcie za pracę departamentów nauki i szkolnictwa wyższego, współpracy międzynarodowej oraz polityki zdrowotnej

Jaka jest kondycja instytutów medycznych podległych Ministerstwu Zdrowia?

Niektóre dobrze sobie radzą finansowo i jednocześnie mogą się pochwalic znaczącym dorobkiem naukowym. Z dużym uznaniem obserwuję, co się dzieje w Instytucie Kardiologii w Aninie. To dowód, że można funkcjonować w niełatwych warunkach oraz uzyskiwać spektakularne osiągnięcia naukowe i kliniczne. Niestety, nie wszystkie placówki potrafiły sprostać stojącym przed nimi wyzwaniom i popadły w poważne kłopoty finansowe. I to jest naszą największą bolączką. Od pewnego czasu w komisjach sejmowych trwają burzliwe debaty dotyczące zwiększenia wpływu Ministerstwa Zdrowia na zarządzanie instytutami. Dziś jest tak, że resort jest skrupulatnie rozliczany i piętnowany w mediach, jeśli podległe mu jednostki mają problemy. Niewiele mówi się natomiast o tym, że mamy niewielki wpływ na decyzje zarządcze składające się na sytuację finansową. I to trzeba zmienić. Nie znaczy to, że chcemy być zarządcami instytutów czy ingerować w każdą podejmowaną

decyzję. Ale chcielibyśmy móc reagować w sytuacjach kryzysowych, mieć możliwość uruchomienia natychmiast mechanizmów naprawczych. Obecnie informacje o kłopotach możemy jedynie przyjąć do wiadomości.

Czy to oznacza, że ministerstwo nie może odwołać dyrektora, który źle zarządza instytutem?

Sytuacje, w których możemy zmienić dyrektora, szczegółowo reguluje ustawa o instytutach badawczych z 30 kwietnia 2010 r. Były w niedawnej przeszłości wypadki, kiedy minister zdrowia podejmował takie decyzje. Jednocześnie odwołanie dyrektora jest swego rodzaju ostatecznością z doraźnym wpływem na procesy zarządcze. Jako właściciel instytutów ministerstwo ma zbyt mały wpływ na to, co się dzieje, jeśli chodzi o bieżące działania zarządcze oraz podejmowane decyzje. Nie możemy narzucić dyscypliny finansowej, jak to jest np. w spółkach, czy ingerować w filozofię zarządzania, w której jest wiele gorących kwestii, takich jak obrót wtórny długami instytutu.

Kto zatem może rozliczać instytuty?

Odpowiada za nie zarządzający, czyli dyrektor placówki, który przesyła ministerstwu sprawozdania ze swojej działalności. Mamy oczywiście prawo do negatywnego zaopiniowania takiego sprawozdania, jak to zrobiliśmy w zeszłym roku w wypadku Centrum Zdrowia Dziecka. Ponadto jednak niewiele możemy zrobić. Ale gdy jednostka traci płynność finansową lub wstrzymuje przyjmowanie pacjentów, odpowiedzialność spada na nas. To duża niekonsekwencja systemowa. Podmioty mają swobodę działania, a równocześnie, gdy sobie nie radzą, to pyta się ministra – co dalej? Nie bierze się pod uwagę, że narzędzia, którymi dysponuje minister, nie są satysfakcjonujące i adekwatne do odpowiedzialności.

Co należałoby zmienić w tym anachronicznym systemie?

Instytuty funkcjonujące w ochronie zdrowia realizują zarówno cele badawcze, jak i usługowe. Uważam, że najważniejszym zadaniem jest wyraźne oddzielenie – w zakre-

sie finansowania i organizacji – nauki od sfery usług. Ponieważ większość tych placówek to wysokospecjalistyczne szpitale, jest to bardzo wrażliwa materia. Nie chcemy zniszczyć tego, co jest dobre w instytutach, czyli potencjału naukowego ani profesjonalizmu w zakresie wysokospecjalistycznej medycyny w warunkach klinicznych. I nie da się funkcji naukowej wyrzucić na obrzeża medycyny, ponieważ nauki medyczne oparte są w dużej mierze na praktyce klinicznej. Należy dążyć do wprowadzenia obiektywnych kryteriów, które są już stosowane w ocenie pracowników naukowych. Jeżeli jesteśmy w stanie oceniać dorobek pojedynczych naukowców, tym samym kluczem powinniśmy oceniać dorobek placówek. Konieczne jest zaangażowanie środowiska naukowego w dyskusje na ten temat. Nauka nie jest problemem, jest finansowana w przejrzysty sposób. Problematyczne jest skojarzenie w jednym miejscu części naukowej z usługową.

Zapowiadano kiedyś projekt ustawy w tej sprawie.

Rozważano przygotowanie ustawy, która dotyczyłaby instytutów i szpitali klinicznych. Z uwagi na odrębną formułę prawną tych podmiotów musimy jednak procedować te sprawy oddzielnie. W związku z tym chcemy zacząć od uporządkowania statusu szpitali klinicznych w systemie, a następnie zajmiemy się instytutami. Otwartą kwestią jest to, czy będzie to nowelizacja ustawy o lecznictwie, czy oddzielna ustawa o szpitalach klinicznych. Osobiście skłaniam się ku temu, by była to oddzielna ustawa.

Czy rozwiązaniem byłaby całkowita komercjalizacja szpitali klinicznych?

Nie ma mowy o całościowej komercjalizacji. Koncepcja jest taka, by trzon szpitali klinicznych, który odpowiada za kształcenie młodych lekarzy, objąć specjalną klauzulą. Chcemy, by ściśle określona część

MINISTERSTWO ZDROWIA JEST SKRUPULATNIE

ROZLICZANE I PIĘTNOWANE W MEDIACH,

JEŚLI PODLEGE MU JEDNOSTKI MAJĄ PROBLEMY.

NIEWIELE MÓWI SIĘ NATOMIAST O TYM,

ŻE MAMY NIEWIELKI WPŁYW NA DECYZJE ZARZĄDCZE

PRZEKŁADAJĄCE SIĘ NA SYTUACJĘ FINANSOWĄ

TYCH PLACÓWEK

każdego szpitala klinicznego miała możliwość kontraktowania z NFZ usług medycznych odzwierciedlających zapotrzebowanie kliniczne w zakresie kształcenia. Chodzi o systemowe zapewnienie bazy łóżkowej niezbędnej do kształcenia nowych pokoleń lekarzy. Opracowujemy algorytm pokazujący, ile rektor danej uczelni potrzebuje np. łóżek na chirurgii, by skutecznie przeprowadzić proces kształcenia na wszystkich latach zajęć klinicznych. Intencją zmian jest to, aby wszystkie te łóżka zostały objęte kontraktem. Jeżeli rektor uzna, że potrzebuje ich więcej, będzie mógł je kontraktować w oddzielnym konkursie. Proponujemy też zmianę prawną dotyczącą sytuacji, gdy szpital zadłuża się i traci zdolność funkcjonowania. Projekt zakłada, że gdy zawiodą plany naprawcze, możliwe stanie się przejęcie przez Skarb Państwa części udziałów i przymusowe przekształcenie placówki, która nadal będzie funkcjonowała w obrębie uczelni medycznej. Dzięki temu unikniemy systemowego zagrożenia, że szpitale kliniczne z powodu kłopotów finansowych przerwą kształcenie studentów. Oczywiście wymaga to otwarcia furtek przekształceniowych. Chodzi też o to, by podmioty w opiece zdrowotnej mogły działać, jeśli będą chciały, także w obszarze usług komercyjnych. Dyskusje na ten temat trwają w resorcie od kilkunastu miesięcy i wierzę, że wkrótce zmaterializują się w postaci założeń do ustawy.

Czy konieczne są również zmiany w systemie kształcenia lekarzy?

Zdajemy sobie sprawę, że w niektórych regionach kraju brakuje specjalistów z określonych dziedzin. Wynika to oczywiście z obiektywnie zbyt małej liczby lekarzy, ale również z faktu, że większość z nich skupia się w dużych ośrodkach. W niektórych specjalnościach są zaś duże luki pokoleniowe. Analizujemy sytuację, chcemy wprowadzić mechanizmy, które umożliwiłyby ministerstwu lepsze

planowanie i kontrolę kadr medycznych. Chodzi o stworzenie systemu informatycznego odzwierciedlającego epidemiologię i demografię nie tylko w zakresie kadr medycznych, lecz także potrzeb zdrowotnych. To jeden z elementów planowanej ustawy o zdrowiu publicznym. Zamierzamy też zwiększyć rolę epidemiologów i specjalistów zdrowia publicznego. Ponadto należy rozwiązać problem emigracji lekarzy, którzy uzyskali specjalizację na rezydenturze. Sądzę, że przydałaby się zmiana systemu przyznawania rezydentur. Mam na myśli np. udzielanie lekarzom na czas kształcenia kredytów, które mogłyby być stopniowo umarzane po przepracowaniu w polskim systemie ochrony zdrowia określonego czasu. A jeśli ktoś by wyjechał z kraju wcześniej, musiałby kredyt zwrócić w części proporcjonalnej do skrócenia pracy w naszym systemie. Jeśli znajdziemy prawne mechanizmy pozwalające na wprowadzenie takiego rozwiązania, jest szansa, że zatrzymamy dużą grupę lekarzy. Uważam, że państwo – czyli polski pacjent płacący podatki, wydając pieniądze na specjalizowanie się młodych lekarzy, ma również prawo do określonych oczekiwań.

Na naszych uczelniach medycznych studiuje coraz więcej obcokrajowców. Nie ogranicza to możliwości kształcenia polskiej młodzieży?

Nie mamy sygnałów, aby był to problem. Jeszcze rok temu sam byłem nauczycielem akademickim i nie miałem poczucia, że kształcenie obcokrajowców odbywa się kosztem polskich studentów. Zapewniam, że z naszych danych wynika, iż nie maleje liczba studentów polskich.

Czy w Polsce jest możliwe założenie prywatnej uczelni medycznej?

Tak, jeśli powstałaby tylko z prywatnych pieniędzy, a czesne opłacaliby studenci. Potencjalne problemy dotyczą ewentualnie zasad subwencjonowania prywatnej uczelni. Ale



model harwardzki w Polsce jest jak najbardziej możliwy. Nie ma formalnych ograniczeń, choć nie słyshałem o takiej inicjatywie.

Dlaczego tak niewiele wynika z obowiązku samokształcenia lekarzy w Polsce?

Obowiązek samokształcenia zapisano w ustawie, lecz nie ma sankcji za jego niewypełnianie. Rzeczywiście jest grupa lekarzy, która nieobligowana nie kształci się. Rodzi się tu pytanie o ewentualny rodzaj sankcji i odpowiedzialność za stworzenie mechanizmów umożliwiających zbieranie punktów edukacyjnych. Obligując grupę zawodową do wysiłku



**W POLSKIEJ KARDIOLOGII INTERWENCYJNEJ
DOKONAŁ SIĘ PRZEWROT,
KTÓRY PRZESTALIŚMY DOCENIAĆ**

finansowego i organizacyjnego, trzeba patrzeć na to szerzej, np. przyznając jej ulgi podatkowe. To wymagałoby zaangażowania kilku resortów i zmian systemowych. Z pewnością będziemy nad tym pracować. Trzeba jednak realnie ocenić konsekwencje ewentualnego radykalizowania podejścia do tej sprawy. Chodzi o wzięcie odpowiedzialności za to, że lekarze musieliby mieć gdzie zdobywać punkty, tj. zagwarantowanie wystarczająco dużo różnych form kształcenia dla każdej specjalizacji.

Jest pan kardiologiem, a dla tej dziedziny jest obecnie dobry czas. Mamy w Polsce ogromny sukces

kardiologii interwencyjnej, bardzo wielu pacjentów udaje się wyprowadzić z ostrych zawałów serca, ale już nikt nie zajmuje się nimi potem, co skutkuje – w porównaniu z innymi krajami – dużą umieralnością w pierwszym roku po zawale. Potrafiliśmy więc się zmobilizować, aby załatwić jedną sprawę – zawały, a nie mamy już tyle determinacji, aby przedłużyć życie pacjentom nie tylko o rok. Mimo że na rynku są doskonałe leki do opieki pozawałowej. Dlaczego znowu brakuje nam konsekwencji?

Zapewniam, że w kardiologii interwencyjnej dokonał się przewrót,

który przestaliśmy doceniać. To jeden z najlepiej funkcjonujących systemów w Europie i na świecie. W medycynie jest jednak tak, że sukces w jednej dziedzinie sprawia, że tym większe powstaje zapotrzebowanie na inną. Przykład zawałów jest tu dobitny, ponieważ leczeni profesjonalnie i skutecznie chorzy stali się wyzwaniem dla systemu z powodu np. niewydolności serca.

Polskie społeczeństwo się starzeje, geriatrów mamy mało, a specjalizacja ta nie cieszy się zainteresowaniem lekarzy. Czy ministerstwo ma pomysł, jak zmienić tę sytuację?

Wiemy, że faktycznie niewielu lekarzy wybiera geriatrię. Znajduje się ona jednak na liście priorytetowych specjalizacji. Pracujemy nad budowaniem kompleksowego modelu opieki geriatrycznej w szpitalach. Istnieje duża potrzeba aplikowania wiedzy dotyczącej geriatrii wszystkim lekarzom, którzy zajmują się np. kardiologią, endokrynologią czy diabetologią, w ich codziennej praktyce. I to już robimy. Realizujemy dwa duże projekty unijne mające poprawić świadomość geriatryczną w całym środowisku medycznym. Opieka nad ludźmi starszymi nie jest tylko kwestią modelu medycznego, to też kwestia opieki społecznej. Uważam, że złym pomysłem byłoby budowanie na potęgę szpitali geriatrycznych w odpowiedzi na zmianę demograficzną. Byłby to niewydolny model, ponieważ ludźmi starszymi opiekują się nie tylko lekarze, lecz także przedstawiciele innych zawodów medycznych, np. rehabilitanci, fizjoterapeuci i pielęgniarki środowiskowe w domu osoby starszej. Dlatego ważne jest rozbudowanie parasola socjalnego i opieki także w warunkach domowych. Trzeba też usprawnić kontakt z lekarzami rodzinnymi, z którymi prowadzimy rozmowy. Byłbym daleki od oceniania opieki geriatrycznej w Polsce na podstawie liczby specjalistów w tej dziedzinie.

*Rozmawiali Janusz Michalak
i Kamilla Gębska*