

Rozmowa
z Władysławem
Sidorowiczem,
przewodniczącym
senackiej Komisji
Zdrowia, b. ministrem
zdrowia

Kosztowna prowizorka

foto: Paweł Koszół / Agencja Gazeta

Takiego systemu ochrony zdrowia, jaki funkcjonuje w Polsce, nikt nie chciał, do jego autorstwa nikt się też nie przyznaje. Pełno w nim cząstkowych i tymczasowych rozwiązań, prowizorki. Reforma stanęła w pół drogi, system ochrony zdrowia jest drogi, nieefektywny, i nikt z tym nic nie robi. Czy nikomu to nie przeszkadza? Dlaczego tego nie zmieniamy?

Do tego, że drogi i nieefektywny, dodałbym również niesprawiedliwy. Oczywiście, przeszkadza to wszystkim – pacjentom, lekarzom, menedżerom zdrowia. Kłopot polega na tym, że w sprawach ochrony zdrowia potrzebna jest w pierwszej kolejności wielka społeczna debata, a dopiero później zmiany. Dwie najważniejsze strony sporu, mam tu na myśli konkretnie PO i PiS, mają o tym, jak powinien wyglądać polski system ochrony zdrowia, opinie nie tyle odmienne, ile

diametralnie różne. Każda ze stron dysponuje instrumentami prawnymi, pozwalającymi sparaliżować wysiłki drugiej, takie jak na przykład prezydenckie weto. Reprezentują one też poważne odłamy społeczeństwa. W tej sytuacji, bez ogólnonarodowej debaty publicznej na temat zdrowia, podobnej do tej, która odbyła się w Stanach Zjednoczonych podczas kampanii wyborczej z udziałem Obamy i McCaina, reformy, istotnej zmiany przeprowadzić nie sposób. Przy tak silnej polaryzacji stanowisk trzeba wprost odwołać się do opinii publicznej, do woli większości. Bez podobnej debaty i wypracowania zadowalającego kompromisu – istotnych zmian w Polsce być nie może.

Dlaczego więc tej debaty nie ma?

Ona cały czas się toczy, tyle że nie obejmuje tak szerokiego spektrum, by można nazwać ją ogólnarod-

„ Bez ogólnonarodowej debaty publicznej na temat zdrowia, podobnej do tej, która odbyła się w Stanach Zjednoczonych podczas kampanii wyborczej z udziałem Obamy i McCaina, reformy, istotnej zmiany w Polsce przeprowadzić nie sposób ”

dową, rozstrzygającą. Mogłoby do niej dojść, i z pewnością doszłoby podczas kampanii prezydenckiej, gdyby nie katastrofa w Smoleńsku. Obecna kampania została przyspieszona, rządzi się innymi prawami niż poprzednie, nie wystarczy czasu na dogłębną debatę o zdrowiu. Z pewnością zagadnienie ochrony zdrowia stanie się jedną z głównych osi sporu podczas kampanii parlamentarnej.

Do tego czasu nic się zmieni?

Zmienić się musi. Przede wszystkim dlatego, że obecny system ochrony zdrowia jest po prostu niesprawiedliwy. Nie zapewnia obywatelom równego dostępu do świadczeń medycznych. W przypadku wielu chorób można mieć szczęście i trafić do odpowiedniej placówki, z dobrze przygotowaną kadrą, wyposażonej w odpowiedni sprzęt – i wyjść cało z bardzo poważ-

nych opresji. Można też mieć pecha i do odpowiedniej placówki nie trafić. W Polsce jest to przyczyną wielu życiowych tragedii. Na to nie ma zgody nie tylko w koalicji, ale i opozycji. Żeby wprowadzić zmiany, musimy poszukiwać partnerów, kompromisu od razu, także w kręgach opozycji, w SLD i PiS. Żałuję, że nie udało nam się takiego dialogu nawiązać dotychczas, wierzę, że jest możliwy i to od zaraz. Jest on potrzebny choćby dlatego, że plan B nie przyniósł spodziewanych korzyści, nie wypalił.

Co zatem trzeba zmienić natychmiast?

Należałoby wskazać podmiot, który odpowiedzialny byłby za praktyczne realizowanie polityki zdrowotnej. Obecnie wskazuje się na rząd, na Narodowy Fundusz Zdrowia. Moim zdaniem, rząd zwyczajnie nie nadaje się do prowadzenia takiej konkretnej polityki zdrowotnej w całym kraju. Poszczególne szpitale znajdują się zbyt daleko od ośrodków decyzyjnych w Warszawie, np. na Dolnym Śląsku czy Podkarpaciu. Chciałbym wrócić do pomysłu Franciszki Cegielskiej, która w tej roli widziała przede wszystkim samorząd. Właśnie z poziomu województwa najlepiej widać problemy zdrowotne, potrzeby pacjentów i społeczeństwa. Możliwa jest też najlepsza, najpełniejsza kontrola oraz najsprawniejsze zarządzanie szpitalem. W momencie przeniesienia tych kompetencji na szczebel ogólnonarodowy, rządowy, konkretne problemy do załatwienia definiowane są gorzej, rozwiązania i pomoc przychodzą później, kontrola i zarządzanie są z natury rzeczy bardziej utrudnione. Przekonały się o tym szpitale kliniczne, które dziś żałują, że podlegają bezpośrednio ministerstwu, a nie samorządom.

Żałują? Przecież wcześniej szpitale kliniczne mocno o to zabiegały.

Po części to rozumiem. Wprowadzaliśmy wtedy równocześnie reformę samorządową i ochrony zdrowia. Nie do końca było wiadomo, jaka będzie pozycja i siła samorządu wojewódzkiego, na ile wojewodowie i marszałkowie województw poradzą sobie z zadaniami. Szpitale kliniczne wołały się wtedy oprzeć na czymś, co znały z doświadczeń, na władzach centralnych, ministerstwie. Dziś coraz wyraźniej widzą swój błąd. Okazało się, że samorządy wojewódzkie dobrze radzą sobie z zadaniami ze sfery ochrony zdrowia, poprawnie konstruują i realizują politykę zdrowotną. Rozbudowują szpitale, za które są bezpośrednio odpowiedzialne i na które mają bezpośredni wpływ. Odbywa się to kosztem szpitali klinicznych, pomijanych w planach inwestycyjnych. Władze województw ponadto, z mniejszą lub większą determinacją, budują własne sieci szpitali, bo to opłacalne, i możliwe, że w tych planach pomina szpitale kliniczne. Byłaby to już ewidentna strata dla

wszystkich – pacjentów, samorządów i samych szpitali klinicznych.

Zatrzymajmy się na sprawie sieci szpitali. Ona również utknęła w martwym punkcie.

Termin *sieć szpitali* jest wieloznaczny i najpierw chciałbym zdefiniować, jak w tym przypadku słowa te trzeba rozumieć. Cały świat dąży do tego, by – wg wyliczeń specjalistów od ekonomii ochrony zdrowia – budować sieci złożone ze szpitali I rzędu (dla najprostszych przypadków), II rzędu (dla średnich) i III rzędu (dla wymagających leczenia wysokospecjalistycznego). Sieć kilkunastu szpitali I rzędu, kilku II rzędu i jednego III rzędu powinna być ze sobą powiązana, tak by placówki najniższego rzędu mogły kwalifikować do leczenia u siebie te przypadki, z którymi bez problemów sobie poradzą – i odsyłać do wyższych jednostek referencyjnych te, które wymagają stosowania procedur wysokospecjalistycznych. Szpitale powinny współpracować.

„ Przy tak silnej polaryzacji stanowisk na temat ochrony zdrowia trzeba wprost odwołać się do opinii publicznej, do woli większości „

Według naszych wyliczeń, i tych funkcjonujących w innych krajach, szpital I rzędu powinien obsługiwać populację liczącą 75–100 tys. mieszkańców i składać się z dwóch oddziałów: zabiegowego i niezabiegowego. Szpitale II rzędu to populacja 250–350 tys. mieszkańców – i tu już potrzebne są oddziały specjalistyczne. Wysokospecjalistyczne jednostki powinny powstawać na poziomie województwa – w liczbie zależnej od tego, ile liczy ono mieszkańców. Jestem pewien, że ewolucja systemu ochrony zdrowia w Polsce pójdzie w tę stronę, a opozycję można przekonać do przyjęcia podobnego rozwiązania, kierunku rozwoju.

W polskich warunkach? To będzie bardzo trudne. Dziś mamy sytuację, że gdy partia bierze władzę w powiecie, bierze i powiatowy szpital. Pracę znajdują tam ludzie starosty. Będzie bardzo silny opór.

Nie tylko ze strony polityków, ale i samych społeczności lokalnych. Pracowałem w Szwecji w czasie, gdy przeprowadzano tam podobne przemiany, budowano sieć. Współpracowałem z władzami szwedzkiego Vastmanlandu, odbyłem kilka wizyt studyjnych,

w ramach których zapoznałem się ze sposobem restrukturyzacji szpitali przez ich konsolidację. I jeśli chodzi o budowę sieci, natrafiono tam na te same problemy. Opór nie polityków, a samych społeczności był bardzo silny. Nikt nie chciał słyszeć o likwidacji szpitali, które w danym regionie działały od stu lat, od zawsze. W tym przypadku emocje społeczne stały się problemem poważniejszym niż techniczne łączenie szpitali w sieć. Udało się jednak znaleźć kompromis, pozostawiając wiele szpitali I rzędu tam, gdzie były, wyprowadzając z nich oddziały i zabiegi specjalistyczne oraz wysokospecjalistyczne. Sądzę, że podobnie stanie się w Polsce. Bo to pragmatyczne. Nadążanie za postępem medycznym jest na tyle kosztowne, że małe społeczności lokalne i ich liderzy zdają sobie sprawę z tego, że warto łączyć siły, by wspólnie próbować nadążyć za tym postępem, dzielić się kosztami, bo to lepsze niż ryzyko, że nadążyć za nim się nie uda, i w konsekwencji pozbawi obywateli dostępu do najnowocześniejszych technologii. Mija czas Zosi Samosi i sądzą, że wszyscy sobie ten fakt coraz powszechniej uświadamiają.

Kto powinien te sieci budować? Firmy prywatne, państwowe, samorządowe?

To kwestia drugorzędna. Koordynować budowę i działania takich sieci powinny na pewno władze publiczne. Tyle że nie tak jak obecnie – na poziomie centralnym, rządowym – a lokalnym, wojewódzkim. Nie ma większego znaczenia, czy wybiorą one do roli operatora konkretnego szpitala firmę państwową, samorządową czy prywatną. Należy wybrać najlepszą i kontrolować, by zapewniała najwyższą jakość i terminowość świadczeń, by sieć jako całość zapewniała jak najlepszy dostęp do świadczeń. Pora wreszcie skończyć z dzieleniem szpitali na publiczne i niepubliczne, bo to bardzo szkodzi, wręcz dyskryminuje te pierwsze. Ministerstwo Zdrowia podkreśla i powtarza co rusz, ostatnio ustami ministra Jakuba Szulca, że szpital publiczny nie ma prawa wykonywać usług dodatkowych, ponadkontraktowych. Skoro jest publiczny, ma pracować na rzecz państwowego płatnika 365 dni w roku, przez całą dobę i nie robić nic poza tym. Muszę koniecznie porozmawiać na ten temat z ministrem Szulcem, bo takie wymagania stawiają szpitale publiczne w fatalnej sytuacji, nie są one w stanie konkurować z prywatnymi. W takiej sytuacji grozi nam, że stracimy całą publiczną służbę zdrowia, łącznie z tymi szpitalami, które przez lata wypracowały sobie zasłużoną renomę i powinny funkcjonować dalej. Utrzymywanie ich statusu jako publicznej służby zdrowia w formie takiej, w jakiej jest to rozumiane do dziś, to dla nich niedźwiedzia przysługa. Pora z tym skończyć.

Rozmawiali Janusz Michalak, Bartłomiej Leśniewski