



” Nigdy nie uważałem,

Relig(i)a zmian

Rozmowa z prof. Zbigniewem Religą, dyrektorem Instytutu Kardiologii w Aninie

Czy rozmawiam z przyszłym premierem RP?

Na razie jeszcze za wcześnie na takie rozważania...

... ależ dlaczego? Przecież stworzył Pan olbrzymi zespół, który ma – niezależnie od prac ministra zdrowia i parlamentu – przedstawić własną koncepcję reformy systemu zdrowia, tworzy Pan partię polityczną.

Wiem, co i jak należy zmienić i potrzebuję do dokonania tych zmian organizacji, która będzie miała przedstawicieli w parlamencie. A więc, bez polityki się nie obejdzie.

Jednak Polska to nie szpital. Czy macie koncepcje dotyczące tylko zmian w służbie zdrowia?

Bynajmniej. Opracowanie koncepcji zmian w polskiej medycynie – na której się przecież trochę znam – po prostu poszło na pierwszy ogień. Zebrałem 40 najlepszych fachowców, nakreśliłem kierunki zmian, a w dalszym etapie przystąpimy do pisania projektów ustaw. Następnym moim przedsięwzięciem będzie zorganizowanie podobnie kompetentnego zespołu ds. naprawy finansów publicznych, o przewodniczenie któremu poproszę prof. Macieja Grabowskiego z Rady Polityki Pieniężnej. Potem zorganizuję kolejny zespół ds. samorządów, którego szefem powinien być prof. Michał Kulesza, i następne... Chcemy w ten sposób opracować propozycje zmian każdej dziedziny życia.

kowie niezależnych, oddziałów, jak poprzednio kasy chorych. Dzięki temu, że będzie ich tylko 4–6, a nie 17, staną się one wydolne finansowo. Każda regionalna firma ubezpieczeniowa będzie obejmowała 8–10 mln ludzi i będzie mogła konkurować z pozostałymi.

Jednak będzie dzieliła publiczne pieniądze...

... ale w zupełnie inny sposób. Chcemy dokonać *zamachu na ZUS* i oddzielić składkę zdrowotną od podatku. W dodatku zabrać też z ZUS-u pieniądze przeznaczone na renty inwalidzkie czy zwolnienia chorobowe, co stanowi wcale pokaźną kwotę, bo ok. 25 mld zł. A więc kasy będą dysponowały wielkimi kwotami, ok. 50 mld zł, i dzięki temu będą mogły swobodniej prowadzić politykę finansową.

Rozumiem, że w takim systemie będziemy mieli w Polsce 4–6 różnych służb zdrowia.

Nie, gdyż w każdym makroregionie będzie podobna liczba ubezpieczonych, lekarzy, instytucji medycznych, jedna lub więcej akademii medycznych. Wszędzie będą wszystkie stopnie referencyjności medycyny, od podstawowej do wysokospecjalistycznej. Różnice w poziomie świadczonych usług będą z czasem wynikały jedynie z odmiennej efektywności działania zarządów poszczególnych kas. Jednak wtedy pacjent będzie mógł wybierać leczenie na-

że mam monopol na wiedzę ”

Ależ Panie Profesorze, w podobny sposób postępował generał Jaruzelski. Powoływał zespoły, najczęściej składające się z utytułowanych naukowców, tylko z przygotowywanych przez nich koncepcji niewiele wynikało dla praktyki.

Zarządzanie państwem musi zostać poprzedzone konsultacjami z najwybitniejszymi znawcami danej dziedziny. Nie potrzebuję doradców, gdy stoję przed polem operacyjnym, ale są oni niezbędni, gdy mamy zaproponować nowe rozwiązania w skomplikowanych dziedzinach życia. Nigdy nie uważałem, że mam monopol na wiedzę.

Jaki konkretnie ma Pan pomysł na zmiany w systemie zdrowia? Chciałby Pan, aby Narodowy Fundusz Zdrowia pozostał czy nie?

To tylko nazwa... Natomiast instytucja, jaką stworzył minister Łapiński musi zostać zlikwidowana. Naszym zdaniem, scentralizowany układ, ogromna firma obsługująca ponad 38 mln Polaków, nie sprawdza się. Proponujemy więc, aby podzielić ją na kilka, 4–6, dużych, cał-

wet w placówce należącej do innej kasy, a macierzysta będzie musiała zwrócić za to pieniądze. Chcemy, aby również te makrokasy ze sobą konkurowały.

A więc będziemy mieli 4–6 landów medycznych.

Można tak powiedzieć.

Czy te wielkie firmy ubezpieczeniowe będą mogły wchodzić w układy z kapitałem międzynarodowym, czy będą mogły się sprzedać?

Obawiałbym się tego. Wolalbym, aby powstały – całkowicie prywatne – ubezpieczenia alternatywne. Z czasem każdy pacjent mógłby odejść do nich od systemu publicznego. Jednak powinny one być ustawowo ograniczone, aby nie przyciągały jedynie młodych i zdrowych, a nie odrzucały starszych i schorowanych.

Co Pan sądzi o koncepcji współpłacenia pacjenta za usługi szpitalne?



fot. Piotr Waniorek

„ Sektor publiczny jeszcze długo musi być pielęgnowany ”

Jestem jej zdecydowanym przeciwnikiem, z wielu oczywistych względów. Uważam, że negatywy takiego przedsięwzięcia zdecydowanie przeważają nad pozytywnymi. Natomiast proponuję inny system, który znacznie złagodziłby niedobory środków, zwłaszcza na leczenie szpitalne. Proponuję po prostu – wzorem Niemiec i Holandii – dodatkowe powszechne, a więc obowiązkowe, ubezpieczenie tzw. opiekuńczo-lecznicze. Wynosiłoby ono 1/10 czy 1/12 składki na ubezpieczenie zdrowotne. Powiększenie podatku o tak minimalną kwotę nie stanowiłoby dla nikogo problemu, natomiast pozyskalibyśmy potężne fundusze na inwestycje w zakłady opiekuńczo-lecznicze. Nasze społeczeństwo starzeje się, przybywa i będzie przybywać ludzi schorowanych, którzy w dodatku w coraz większym stopniu zajmują miejsca w wysokospecjalistycznych szpitalach. Stworzenie sieci placówek opiekuńczo-leczniczych odciążyłoby te szpitale i uprzędziło problemy, które niewątpliwie na nas czekają.

Panie Profesorze, czy powinna powstać – jak chciał minister Łapiński – sieć szpitali gwarantujących bezpieczeństwo zdrowotne?

Gdybym był ministrem, dawno bym taką sieć stworzył. Szacuję, że wymusiłoby to redukcję ok. 10–15 proc. istniejących szpitali.

Jak taki system przeciwstawiłby się marnotrawstwu?

Ogromnie ważne jest wdrożenie systemu monitorowania tego, co przepisuje lekarz oraz jakości świadczeń. Tylko wtedy będzie możliwe kontrolowanie zasadności leczenia przez firmy ubezpieczeniowe, które przecież będą za nie płacić. A jak kontrolować? Przede wszystkim pilnując przestrzegania przez lekarza stosowania – opracowanych wcześniej – standardów leczenia.

Jest Pan podobno przeciwnikiem prywatyzacji szpitali. Dlaczego?

Przyznaję, że uciekam od tego zagadnienia, bo obecnie jego rozważanie przez dyrektora publicznej placówki, jaką jest Instytut Kardiologii, wyglądałoby co najmniej dwuznacznie. Uważam ponadto, że tego typu prywatne jednostki naukowe nie sprawdzają się na świecie. Jednak jestem wielkim zwolennikiem medycyny prywatnej. Tylko chcę być też realistą: w obecnej sytuacji w naszym kraju nie można nagle przestawić zwrotnicy na natychmiastową prywatyzację wszystkiego. Sektor publiczny jeszcze długo musi być pielęgnowany. Trzeba też z niepokojem śledzić losy rządowej inicjatywy – projektu ustawy zakładającej przekształcenie szpitali w spółki użyteczności publicznej. Obecnie, gdy dopiero dyskutujemy, jaki ostatecznie mamy mieć system, wprowadzanie przekształceń własnościowych pod przymusem może być wręcz groźne.

Panie Profesorze, wyrok Trybunału Konstytucyjnego w sprawie ustawy o NFZ oznacza, że reformatorzy systemu powinni odnieść się do sprawy tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych pacjentom. Co włożyłby Pan do koszyka?

Nad tym właśnie powinniśmy podyskutować. Na razie, w panującym chaosie nie ma możliwości szybkiego rozwiązania tego problemu. Trzeba również określić standardy świadczeń medycznych oraz warunki, w jakich chory ma być leczony. Tych spraw nie da się rozstrzygnąć z dnia na dzień. Dyskutujemy nad nimi, opracowujemy warianty, ale nie wstrzymujemy dyskusji nad innymi elementami przyszłego systemu.

Janusz Michalak