

# Czas na męskie decyzje



fot. Wojciech Orlowski/Agencja Gazeta

## Rozmowa z Maciejem Pióro, doradcą prezydenta RP i dyrektorem Centrum Zdrowia Dziecka

**Panie ministrze...**

...dyrektorze – jestem obecnie dyrektorem.

**I to dyrektorem największej placówki pediatrycznej w kraju. Po co Panu nowe obowiązki – funkcja doradcy prezydenta?**

Wydaje mi się, że moja dotychczasowa droga zawodowa uprawnia mnie do sprawowania tej funkcji. Warto, aby doradcą prezydenta była osoba, która łączy doświadczenie polityczne z praktyczną znajomością systemu. Podkreślę od razu, że jestem doradcą społecznym.

**Już raz był Pan uwikłany w politykę, bo pełnił Pan funkcję wiceministra zdrowia w rządzie Jerzego Buzka...**

Uważnie obserwuję i angażuję się jako ekspert w politykę zdrowotną w naszym kraju. I pewnie dlatego

ktos o mnie pomyślał i złożył mi propozycję doradztwa prezydentowi. Jest to dla mnie kolejna szansa na działanie dla dobra publicznego.

**Prezydentowi się nie odmawia?**

Przyjąłem tę funkcję z pełną świadomością obecnej sytuacji politycznej, szczególnie sprzyjającej realizacji ambitnych działań. Po raz pierwszy od roku 1989 mamy do czynienia z sytuacją, że parlament, premier i prezydent współpracują ze sobą, a nie zwalczają się. To ogromny potencjał, który należy wykorzystać, bo kilka rzeczy w ochronie zdrowia jest jeszcze do zrobienia.

**Właśnie – będzie Pan rekomendował prezydentowi podpisanie ustaw z tzw. pakietu zdrowotnego?**

Najpierw przekonajmy się, w jakiej formie zostaną one przyjęte przez parlament. Na pewno jestem zwolennikiem przekształceń szpitali, bo formy SP ZOZ-ów po prostu nie da się obronić. Jest przestarzała, skostniała, czasami wręcz wiąże dyrektorom ręce i nie pozwala na sprawne zarządzanie.

**A co z takimi placówkami jak Pańska? Instytutami, które leczą najtrudniejsze przypadki i jednocześnie prowadzą badania naukowe, kształcą kadry?**

My działamy dzisiaj jako instytuty badawcze podległe Ministerstwu Zdrowia, więc nas te zmiany mniej dotyczą...

**Za to szpitale kliniczne – owszem...**

Dlatego należałoby pomyśleć o takim rozwiązaniu, które jasno określi rolę tych jednostek. Kształcenie to jedna z tych ustaw pakietu zdrowotnego, której jestem entuzjastą. Być może należy rozdzielić uczelnie od szpitali. Funkcjonują już przecież uczelnie, które nie posiadając własnych szpitali, współpracują z innymi jednostkami i w ten sposób zapewniają swoim studentom możliwość praktycznej nauki zawodu. W tym sensie planowane zmiany idą w dobrym kierunku. Specjalistów trzeba szkolić w szpitalach, przy pacjencie czy – przynajmniej na początku – na fantomach, a nie w ławkach sal uniwersyteckich. Zresztą dziś uczelnie medyczne są jedynymi, które po zakończeniu studiów nie dają dyplomów. Inżynier, nauczyciel, kończąc studia, ma uprawnienia do podjęcia pra-



for. PAP/Radek, Pietruszka 2x

cy, a lekarz, który uczy się rok dłużej – nie. To nie-dobra sytuacja. Staż podyplomowy jest po prostu stratą czasu. Pięć lat studiów to wystarczająco dużo, by zweryfikować wiedzę. Jeśli jeszcze do tego dodamy szósty rok, który ma polegać na praktycznych zajęciach, to mamy też weryfikację umiejętności praktycznych. Wystarczy. Całość studiów powinna być podsumowana jednolitym Lekarskim Egzaminem Dypłomowym.

” Po raz pierwszy od roku 1989 mamy do czynienia z sytuacją, że parlament, premier i prezydent współpracują ze sobą, a nie zwalczają się ”



## Maciej Piróg

posiada specjalizacje pierwszego stopnia z pediatrii oraz drugiego stopnia z organizacji ochrony zdrowia i zdrowia publicznego.

W latach 1981–1994 pracował jako lekarz w szpitalu rejonowym w Ozimku. W latach 1992–1997 pełnił funkcję lekarza wojewódzkiego w Opolskiem, a w 1998 r. wicewojewody opolskiego.

W latach 1999–2000 był wiceministrem zdrowia w rządzie Jerzego Buzka.

Od 2001 r. jest dyrektorem Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie.

Należał do Unii Wolności, później krótko związany z Partią Demokratyczną, obecnie bezpartyjny.



### Rektorzy mówią, że na wprowadzenie tych zmian potrzeba pół miliarda złotych, których nie ma...

Te pieniądze będą potrzebne w ciągu 6–10 lat, a nie jednego roku, więc to niepokój formułowany niejako na wyrost. Prawdziwym problemem są blokady mentalne, a nie brak pieniędzy. Moim zdaniem to mentalność przeszkadza we wprowadzeniu szkolenia modułowego, bo nie brakuje zwolenników układania przeladowanych programów specjalizacyjnych. Tymczasem tylko szkolenie zbudowane z modułów pozwala nadążać za zmianami we współczesnej medycynie.

**Wróćmy do problemów szpitali, które najlepiej odzwierciedlają kłopoty i słabości systemu. Przez określoną wycenę procedur dziś to właściwie NFZ kształtuje politykę zdrowotną...**

To niestety prawda. Świadczą o tym chociażby mnożące się pracownie hemodynamiczne, bo kardiologia interwencyjna jest dobrze wyceniana. Czy potrzebujemy aż tylu placówek? Mam wątpliwości. Ale też nie uważam, by np. tworzenie sieci szpitalnej mogło tu pomóc. Jeśli już, to powinniśmy pomyśleć o czymś w rodzaju sieci świadczeń – sprawdzić dane epidemiologiczne i określić, ile zabiegów, świadczeń z danego obszaru potrzebujemy. Na przykład Centrum Zdrowia Dziecka jest jedynym ośrodkiem zajmującym się transplantacjami wątroby u dzieci. Czy to znaczy, że mamy monopol, którego jestem przeciwnikiem? Nie, po prostu jesteśmy w stanie w tym zakresie w całości zabezpieczyć potrzeby polskich dzieci. Tworzenie kolejnego ośrodka byłoby niepotrzebną stratą pieniędzy i marnowaniem umiejętności lekarskich, bo takie szczególnie trudne procedury muszą przeprowadzać najlepsi specjaliści, i to stosunkowo często. Inną sprawą jest to – mówiłem już o tym – że należałoby przy-

rzeć się także wycenie świadczeń i wreszcie rzetelnie je oszacować. Wracając do pytania – moim zdaniem sensowny byłby powrót do funduszy nadzorowanych przez urząd wyposażony w odpowiednie kompetencje kontrolne.

**Ciekawa koncepcja, ale chyba raczej nie do przeprowadzenia.**

Czas pokaże.

**Mówiliśmy o wycenach świadczeń, ale prawda jest taka, że pieniędzy w systemie jest za mało.**

To prawda, że na medycynę można wydać każde pieniądze i nigdy nie zaspokoimy wszystkich potrzeb. Myślę, że część pieniędzy można by po prostu lepiej rozlokować. Znowu podam przykład – nierozwiązany od lat problem dotyczący lokalnej polityki zdrowotnej. Nadal większość samorządów chce być właścicielem szpitala, który pracuje „na ostro”, wydaje pieniądze na nowe karetki, remont SOR. Szpitale utrzymywane są niejako na siłę, motywacją są cele pozamerytoryczne, bo w takiej liczbie i przy tak rozproszonej strukturze świadczeń nie są w stanie wykonywać ich dobrze. To co już mówiłem – dobry lekarz to taki, który dany zabieg wykonał setki razy, a nie kilka na rok. To nie jest wina lekarzy – żebyśmy się dobrze zrozumieli. Ale efekt jest taki, że często mamy do czynienia z sytuacją, kiedy po wykonaniu skomplikowanej operacji stan pacjenta jest na tyle dobry, że można by go przekazać do szpitala mieszczącego się blisko domu, by tam kontynuował leczenie czy rehabilitację, okazuje się, że nie możemy go wypisać, bo nie ma szpitala, który by go przyjął. Nie dlatego, że tego szpitala tam nie ma, ale dlatego, że nie ma odpowiedniego sprzętu, kadry lub... dobrej woli.

**Bądźmy szczerzy, utrzymywanie na siłę szpitali często jest podyktowane względami politycznymi.**

Oczywiście, ale to myślenie krótkowzroczne. Kiedy pracowałem na Opolszczyźnie, udało mi się przekonać kilka samorządów, by przekształciły szpitale w zakłady opiekuńczo-lecznicze. Wiadomo, że takich miejsc brakuje, a w obliczu starzenia się społeczeństwa będzie ich potrzeba coraz więcej. Dlatego dziś wszyscy się cieszą, że mają ZOL-e, które dobrze sobie radzą. Chociaż – przyznając – samorządowcy, którzy wprowadzali te zmiany, nie zostali wybrani na kolejną kadencję.

**W tym tkwi problem.**

To są mechanizmy rządzące polityką zdrowotną na całym świecie. Ale czasem warto przypomnieć, że władza to nie tylko same uśmiechy. Czasem trzeba podjąć trudną i niepopularną decyzję.

Rozmawiała: Agnieszka Katrynicz