



**Kalina Gierblińska**, 2019-08-01 08:36

## Co dalej ze Zbigniewem Królem? Mamy odpowiedź



Fot. MedExpress TV

**W chorobach rzadkich, mapach potrzeb zdrowotnych i zdrowiu publicznym - bezkrólewie. Co dalej?**

**Co było powodem Pana dymisji? Jak Pan to skomentuje?**

Powód zostanie między mną a ministrem Szumowskim. Tak to ustaliliśmy. Nie będę więc komentować.

**A jak się Pan z tym czuje?**

Ambiwalentnie. Z jednej strony mam poczucie niedokończenia rzeczy, w które się zaangażowałem, które spisałem w odpowiednim dokumencie i przekazałem ministrowi Szumowskiemu. Z drugiej mam poczucie, pewnie jak każdy, bycia w pewnym sensie kimś nie do zastąpienia na tym etapie prac. To oczywiście chwilowe poczucie i już minęło. Teraz chętnie odpocznę i wezmę urlop.

**Czy w przyszłości będzie Pan współpracował w jakiejś formule z Ministerstwem?**

Tak. Otrzymałem ogromne podziękowanie, głównie za psychiatrię. Na pewno do dokończenia są sprawy związane z chorobami rzadkimi. Będę, można powiedzieć, patronował działaniom, które pozostały do wykonania. Co do chorób rzadkich mamy już zebrane i przeanalizowane uwagi. W większości uwagi te będą przyjęte. Część z nich jest na poziomie międzyresortowym. Trzeba je powyjaśniać w najbliższym czasie i przygotować projekt tak, by Plan można przyjąć jeszcze w tej kadencji.

**Rozumiem, że pacjenci z chorobami rzadkimi mogą być spokojni, że projekt ich dotyczący**

## **zostanie dokończony?**

Oczywiście. W mojej ocenie nie ma zagrożenia.

**Różnie jest komentowana pańska dymisja, choćby na Twitterze, np. fundacja My Pacjenci zastanawia się czy być może dymisja nie jest karą za nie wprowadzenie zmian do psychiatrii dziecięcej od 1 września. Jak Pan ocenia swoje działania w tym obszarze? I czy można tu mówić o „winie” i „karze”?**

Pewnie Fundacja wie coś więcej na ten temat, moje odejście nie było formą kary. Przyczyny były natury osobistej i zostaną między mną a panem ministrem Szumowskim. Natomiast reforma w psychiatrii dziecięcej, opracowywana od ponad roku, będzie wdrażana od września. Jest przygotowywane rozporządzenie ministra zdrowia, które powinno, z tego co wiem, pojawić się właśnie we wrześniu. Dzięki niemu możliwe będzie budowanie całego modelu opieki, który publicznie jest już dość znany. Będą w nim wskazane ośrodki trzeciego stopnia referencyjnego w każdym z województw. NFZ ma już informacje ile ma to kosztować w przyszłym roku i będzie przygotowywać kontraktowanie i uruchamiać procedury finansowania poszczególnych szczebli referencyjnych z uwzględnieniem opinii ośrodków trzeciorzędowych. Dzięki czemu opieka w każdym województwie była maksymalnie skoordynowana.

**Rozumiem, że tak jak o choroby rzadkie, nie martwi się Pan również o psychiatrię?**

Jeśli chodzi o psychiatrię dzieci i młodzieży, bo sama psychiatria to dość szerokie pole, mamy ofertę centrów zdrowia psychicznego i one, jak minister Szumowski deklarował na początku tego roku, będą poszerzane jeszcze w tym roku. Trwają już prace nad tym, żeby zwiększyć liczbę centrów. Te dotychczasowe, poza jednym wyjątkiem, ale takim dość szczególnym, bo z trudną sytuacją, otrzymały bardzo pozytywną ocenę. Wygląda na to, że nawet nie trzeba będzie czekać trzech lat, żeby poszerzyć to co mamy w tym roku. Jeśli chodzi o część psychiatrii dot. uzależnień, to jeszcze w tym tygodniu powinno wyjść zarządzenie ministra, powołujące zespół ds. uzależnień. To jest dziedzina, którą trzeba mocno zreformować poczynając od organizacji i wynagrodzeń, budżetu i podejścia. Kolejną częścią jest psychiatria sądowa – także wymaga działań. Wiemy już co chcemy zrobić. Co do mojego liderowania, to raczej będę opiekunem kilkusobowego zespołu wewnątrz Ministerstwa i bardziej przyjacielem osób, które wzięły na siebie trud wdrażania reformy. Przypomnę, że dwa i pół roku temu zastaliśmy sytuację taką, że Narodowy Program Zdrowia Psychicznego był niewykonany. Druga edycja tego programu musiała tę sytuację zmienić. Dlatego szybko zabraliśmy się do pracy, czego efekty w postaci centrów zdrowia psychicznego. Dodatkowo widać też efekty zwiększania nakładów na psychiatrię. Finansowanie psychiatrii od roku podnosi się z głębokiego niedofinansowania i zgodnie z założonym planem co roku będzie więcej pieniędzy na ten obszar opieki. Myślę, że dodatkowo w przyszłym roku nastąpi skokowo wzrost finansowania psychiatrii dziecięcej. I potem już w nowych planach, perspektywie Unijnej, również pojawią się środki na finansowanie różnych działaniach, kontynuując deinstytucjonalizację.

**Dymisja to także pretekst do szerszych podsumowań. Najnowszy raport NIK ocenia polski system opieki zdrowotnej jako skrajnie niedofinansowany, źle zorganizowany i nieprzyjazny dla pacjenta. Nie mamy precyzyjnie określonych potrzeb zdrowotnych Polaków, nie istnieje realna polityka zdrowotna, widzimy brak koordynacji działań, nie ma żadnego centrum analitycznego, które kształtuje politykę państwa w obszarze zdrowia, brak kadr itp. ... Odchodząc z resortu zdrowia, jak oceni Pan to, co zostawia za sobą?**

Akurat na te obszary mój wpływ był dość ograniczony. W ustawie 6 procent, jeszcze przygotowywanej w czasie prowadzenia Ministerstwa przez Konstantego Radziwiłła brałem udział w spotkaniach kierownictwa. Tam określaliśmy strategię dochodzenia do tych 6 procent. Czy system jest skrajnie niedofinansowany? Tak, system był skrajnie niedofinansowany.

## **A jest źle zorganizowany?**

Właśnie organizujemy system ochrony zdrowia. Przykładem nie tylko intencji, ale wdrażania konkretnych rozwiązań mogą być właśnie Centra Zdrowia Psychicznego. Ustaliliśmy cel – jak najpełniejszy i możliwie szybki powrót pacjenta do pełnienia ról społecznych, jakie są w jego zasięgu. Zaprezentowaliśmy w stosownym rozporządzeniu sposób organizacji opieki i zalecenia dla płatnika, aby uruchomić finansowanie właśnie opieki, a nie zestawu usług. To właśnie badamy i oceniamy w pilotażu. Co do organizacji całego systemu, ustawa mówiąca o sieci szpitali również zawierała elementy do weryfikowania funkcjonowania tych szpitali. To była i wciąż w zasadzie jest operacja na żywym organizmie systemu leczenia zamkniętego. Na jej efekty trzeba niestety jeszcze poczekać. I tak samo w części, które były w moim zakresie kompetencji, czyli map potrzeb zdrowotnych. Gruntownie zmodyfikowaliśmy pierwotną koncepcję. We wrześniu chcemy pokazać jak to nowe podejście zmieni ogląd rzeczywistych potrzeb zdrowotnych wskazywanych na podstawie informacji wieloźródłowych. Przede wszystkim pokażemy różnicę dotyczącą zarówno zakresu, jak i sposobów prezentowania danych. Obecne wciąż są trudno czytelne, a jeszcze odnoszą się przede wszystkim do tych świadczeń, które finansowane są przez NFZ. Te rzeczywiste potrzeby zdrowotne chcemy pokazać i to jeszcze w podziale na poszczególne województwa. Kolejna rzecz to koszyki, które Ministerstwo za pośrednictwem przyjęło z NFZ. Były one listą poszczególnych zarządzeń prezesa NFZ opisujących zakresy i standardy realizacji określonych procedur. Bardzo trudno przegrupować, a w niektórych przypadkach rozdzielać niektóre z tych procedur. Ten proces wymaga cierpliwości. Potem określenie zakresów tych koszyków – powinno ono uwzględniać taryfikację świadczeń opartą na rzetelnych danych kosztowych. Rzetelne dane finansowe z placówek to też kolejny obszar, gdzie postanowiliśmy dokonać modyfikacji podejścia - zmienić zasady prowadzenia rachunku kosztów podmiotów leczniczych. Te dane także otrzymamy, ale tu dotykamy prowadzenia księgowości w szpitalach. I aby to zrobić, szpitale muszą się przygotowywać do tego przez wiele miesięcy. Są to podwaliny organizacji nowego systemu. Nie chcę rozwijać tematu stopnia skomplikowania systemu ochrony zdrowia, gdzie żadne tzw. proste recepty, prezentowane przez wąsko spoglądające osoby przynoszą tylko kolejne problemy. Myślę że większość czytelników Medexpress-u chciałaby widzieć i ewentualnie uczestniczyć w dobrze przygotowanych i prowadzonych zmianach z jasno przedstawionym celem. Wiele takich zmian jest przygotowywanych, część z nich można już obserwować, ale nadzorować sposób i tempo wdrażania.

## **Jednym słowem, na efekty trzeba nieustannie czekać.**

Na da się ukryć. I myślę, że tu pojawi się taki sam wniosek, jaki ostatnio przedstawił nowy premier Wielkiej Brytanii, że trzeba reformować system ochrony zdrowia. A mam poczucie, że przez ostatni rok powoływaliśmy się na doskonały system i sposób zorganizowania brytyjskiej opieki zdrowotnej. Jeszcze chciałbym się odnieść do nieprzyjazności dla pacjenta. Jest różnica między nami a np. Stanami Zjednoczonymi w podejściu do jakości. U nas raczej dominuje spojrzenie z perspektywy decydenta, płatnika, a następnie świadczeniodawcy, niż z perspektywy pacjenta. Zaopiekowanie się pacjentem wymaga po prostu specjalnej troski, system musi rozumieć kompleksowość potrzeb chorego i ułatwiać ich pełne zaspokajanie. Nie ukierunkowywać się na realizowanie coraz więcej usług w coraz większej liczbie miejsc ich udzielania. Nawet jeśli przeprowadzamy niestęchanie innowacyjny i ogromnie skomplikowany zabieg, zakończony z perspektywy zespołu operacyjnego pełnym sukcesem, ale chory w swoim miejscu zamieszkania nie ma określonej pomocy, spodziewany efekt tego zabiegu długofalowo nie zostanie osiągnięty. Tu też pojawia się obszar mojej dotychczasowej troski – właściwy rozwój podstawowej opieki zdrowotnej – to kolejny duży temat do dokończenia. Nie wiem czy NIK tak też to rozumie, ale działania zmierzające do opieki koordynowanej, to właśnie jeden z elementów jakie podjęliśmy. I jeszcze w tym kierunku musimy systemowo podzielać. Jest wiele do zrobienia, jeśli chodzi o jakość.

## **Jakie są Pana plany na najbliższą przyszłość zawodową?**

W najbliższej przyszłości na pewno chcę odpocząć. I po tym okresie z nowymi siłami oraz energią wracam

do pracy, będę wiedział co dalej.

**Nie niepokoi Pana dziś, że nie ma Pan obecnie konkretnych planów?**

Nie. Nie mam niepokoju. Nie umiem rezygnować z pewnych idei, w które uwierzyłem już po ukończeniu studiów, a później po kolejnych szkoleniach z dziedziny m.in. ekonomiki zdrowia i sposobu organizacji oraz finansowania systemu. Staram się wykorzystywać te umiejętności i wiedzę cały czas. Zadań wiele, pracy do wykonania dużo. Nie składam broni.