



Rozmowa
z Markiem Twardowskim,
wiceministrem zdrowia

Powszechna równość

Twierdzi pan, że lekarzom rodzinnym jest nieco lepiej. Z czego wynikają takie wnioski?

Większość systemów ochrony zdrowia w Europie opiera się na pracy lekarzy rodzinnych, ogólnych, internistów lub pediatrów. W Polsce zdecydowaliśmy się na taki system 10 lat temu i dzięki temu mamy już 8,5 tys. specjalistów medycyny rodzinnej, a w systemie poz w sumie pracuje 18 tys. lekarzy – głównie w grupie pozostałych specjalności – internistów i pediatrów. Model kształcenia specjalistów medycyny rodzinnej jest najwłaściwszy, gdyż jest to określona grupa medyków, zdolna kompetentnie wykonywać swoje obowiązki za relatywnie niewielkie – w skali systemu – pieniądze. Dlatego uważam, że z punktu widzenia interesu państwa i obywateli warto w tę grupę inwestować, ponieważ efekty pracy lekarzy rodzinnych przynoszą wymierne korzyści pacjentom. Kolejnym poziomem świadczeń medycznych jest specjalistyka, a jeszcze wyższym – szpitalnictwo. Niestety – w te dziedziny przez lata inwestowano bez szczegółowego planu. W sposób niekontrolowany budowano i rozbudowywano, niekoniecznie w każdym miejscu potrzebne, szpitale. Takie działania przekraczały możliwości finansowe państwa. Efekty mamy dzisiaj – długi szpitali sięgające 10 mld zł i coraz większy procent budżetu NFZ przeznaczany na leczenie szpitalne. Zarazem nie poprawiają się odczucia pacjentów związane z dostępnością usług szpitalnych. Chcę jednak powiedzieć, że gdy uporamy się z dyrektywą unijną określającą czas pracy lekarzy, to będziemy mogli rozpocząć reorganizację obecnego systemu.

Myśli pan o sieci?

W systemie ochrony zdrowia na pewno bardzo ważne są szpitale każdego szczebla. Jednak gros potrzeb zdrowotnych pacjenci powinni załatwiać na niższym piętrze systemu ochrony zdrowia – czyli u lekarzy rodzinnych i lekarzy specjalistów. Rząd PO-PSL naprawiając system ochrony zdrowia będzie się starał przywrócić prawidłowe relacje poszczególnych pięter systemu ochrony zdrowia. Cieszy mnie, że tak wielu lekarzy rodzinnych przyjechało na kongres naukowy Top Medical Trends. Sami lekarze zauważyli, iż podniosła się ich ranga – świadczy o tym chęć kształcenia, także podczas kongresów, takich jak ten, który odbył się w Poznaniu.

To wszystko pięknie, jednak wynagrodzenie polskich lekarzy rodzinnych oparte jest na systemie kapitacyjnym, czyli niewiele trzeba robić, żeby zarobić. Czy przy permanentnym niedoborze środków nie jest to anachronizmem?

Nie zgadzam się z sugestią zawartą w pańskim pytaniu, że niewiele trzeba robić, aby zarobić – dowodem na to jest fakt, że lekarze poz w roku 2007 udzielili ok. 145 mln porad lekarskich. Poza tym problemy ochrony

zdrowia dotyczą nie tylko Polski. To problem środków, jakimi dysponuje system ochrony zdrowia. Gdyby spojrzeć na liczbę porad, jakie udzielane są w poz, to gdybyśmy przyjęli system płacenia za każdego pacjenta i procedurę, to zabrakłoby nam pieniędzy z NFZ. Z przytoczonych wcześniej danych wynika, iż w 2007 r. każdy Polak był więcej niż 4 razy u lekarza poz.

Jakie macie propozycje rozwiązań?

Myślmy o modelu, w którym lekarz rodzinny będzie pracował 8.00–18.00, od poniedziałku do piątku, w dni robocze, a po 18.00 przywrócimy pomoc ambulatoryjną i wyjazdową doraźną. Natomiast ratownic-

„ Gros potrzeb zdrowotnych pacjenci powinni załatwiać u lekarzy rodzinnych i lekarzy specjalistów. Rząd PO-PSL naprawiając system ochrony zdrowia, będzie się starał przywrócić prawidłowe relacje poszczególnych pięter systemu ochrony zdrowia ”

two medyczne będzie wypełniało ustawowe powinności. Proponujemy takie rozwiązanie, bo chyba nie stać nas na dublowanie pomocy medycznej, czyli płacenie za pomoc nocną ratownikom i lekarzom rodzinnym.

Elementem racjonalizacji wydatków jest koszyk świadczeń gwarantowanych. Jak wynika z dotychczasowej praktyki, koszykiem nikt nie jest zainteresowany... Może zatem gracie na zwłokę i koszyk nie powstanie nigdy?

Za kadencji ministra Religi opracowano spis procedur – nie chcemy tego zmarnować. Na *białym szczyście* wszystkie strony podkreślają, jak bardzo konieczne jest opracowanie koszyka świadczeń gwarantowanych. Resort zdrowia chce przedstawić propozycję zawartości koszyka, a potem – po powołaniu zespołu ekspertów, wybitnych lekarzy – przeprowadzić społeczną dyskusję nad koszykiem. Mam nadzieję, że uda nam się to zrobić dosyć szybko, szybciej niż np. w USA, w których prace nad koszykiem trwały parę lat. My chcemy opracować koszyk do końca roku.

Co znajdzie się w koszyku?

Wszystkie procedury ratujące zdrowie i życie i wszystkie procedury wysokospecjalistyczne.

Gdzie znajdą się pozostałe procedury?

Będą w koszyku świadczeń niegwarantowanych oraz gwarantowanych częściowo.

To wiąże się z odpłatnością, wiadomo jaki będzie opór społeczny...

Rzeczywiście – spotkaliśmy się z głosami, że jest to rozwiązanie niekonstytucyjne, ale opinie te zostały zdezakwuwane przez prof. Marka Safjana, który przecież jest konstytucjonalistą, a który stwierdził, iż określenie równego dostępu nie oznacza, że wszystkim należy się wszystko za darmo. Podobnego zdania jest dr Janusz Kochanowski, rzecznik praw obywatelskich.

Chyba nieprzypadkowo wymienia pan nazwisko Marka Safjana, bo to podobno on – wraz z Michałem Bonim – a nie Ewa Kopacz, są głównymi moderatorami zmian w systemie ochrony zdrowia.

Nie zgadzam się. *Biały szczyt* jest pomysłem Donalda Tuska. Premier – wraz z doradcami, w tym szefem doradców ministrem Michałem Bonim – zaproponował na szefa grupy dyskusyjnej kogoś neutralnego politycznie – prof. Marka Safjana. Cieszymy się z jego obecności, ponieważ jego osoba wpływa tonizująco i inspirująco. Dlaczego? Gdy jako przedstawiciele resortu zdrowia podczas *białego szczytu* spotkaliśmy się ze stroną społeczną, to chciano koniecznie z nami negocjować. Tymczasem ideą *białego szczytu* jest opracowanie założeń, które mogą pomóc w reformie systemu ochrony zdrowia.

Każda reforma musi opierać się na rzetelnej informacji. Tymczasem w Polsce największy kłopot mamy z wiedzą nt. otoczenia, w jakim działają szpitale oraz ze zdarzeniami medycznymi. Kiedy powstanie Rejestr Usług Medycznych?

Nadrzędną ustawą dla naszych – resortowych – planów wprowadzenia RUM-u jest ustawa o informatyzacji państwa, która będzie wymagała rejestracji zdarzeń medycznych. Wymogi takie stawia też Unia Europejska, która – dążąc do unifikacji systemów ochrony zdrowia – wymaga zbierania informacji. Ułatwi to prowadzenie wspólnej polityki zdrowotnej Starego Kontynentu. Dlatego prace nad RUM-em cały czas trwają.

Jak miecz Damoklesa wisi nad wszystkimi reformatorami problem współpłacenia.

Profesor Marek Safjan przeorganizował prace *białego szczytu*, który na początku chciał tylko pracować nad projektami ustaw. Dlatego w czterech podstolikach dyskutowano o projektach ustaw, ale w pewnym momencie prof. Safjan powiedział: dość, bo przecież czynnik społeczny może pracować także w komisjach sejmowych, na dyskusje których jest zapraszany. Marek Safjan stwierdził wtedy, że intencją *białego szczytu* jest wy-



śleć do rządu określonych impulsów wskazujących kierunki reform. Jednym z problemów jest współpłacenie, któremu przeciwne są związki zawodowe.

Czym ma być współpłacenie – zastrzykiem finansowym czy elementem ograniczającym popyt?

Najpierw chcę podkreślić, że współpłacenie nie jest propozycją rządową. Jaka będzie jego rola? Taka, jak w pana pytaniu – będzie spełniać dwojaką rolę. Zarazem strona społeczna zastrzega, że współpłacenie nie może ograniczać dostępu do usług medycznych.

Poszerzyć dostęp mogą ubezpieczenia dodatkowe. Tu zdaje się także toczyć się jakaś gra.

Część osób na *białym szczycie* uważała, że dobrowolne dodatkowe ubezpieczenia ograniczą dostęp tym, których nie będzie stać na opłacanie składki w prywatnej firmie brokerskiej. To nieprawda. Wszystko, co znajdzie się w koszyku świadczeń gwarantowanych, będzie zapewnione wszystkim ubezpieczonym. Dobrowolne dodatkowe ubezpieczenia mogą polepszyć warunki pobytu i jedzenia, dostępu do mediów – ale leczenie



wszystkim zostanie zapewnione na takim samym, równym poziomie.

W takim kształcie będą to paraubezpieczenia.

Nie sądzę, zakładamy bowiem, że w ramach dodatkowego ubezpieczenia będzie też można uzyskać usługi niezajdujące się w koszyku gwarantowanym.

Ciągle nierozwiązanym problemem jest niewielka transparentność rodzimej polityki lekowej. Chodzą słuchy, że tę dziedzinę polityki zdrowotnej opanowała AOTM.

Takiej przejrzystości, jaka zapanowała od listopada 2007 r. w Ministerstwie Zdrowia nie było nigdy. Po zebraniu z przedstawicielami wszystkich firm farmaceutycznych ustaliliśmy procedurę spotkań z klientami zewnętrznymi. W Internecie ogłaszamy, jakie firmy chcą się spotkać, tam także można znaleźć informacje o spotkaniach, które się już odbyły. W spotkaniach biorą udział trzy osoby z Ministerstwa Zdrowia, a rozmowy są nagrywane i protokolowane. AOTM jest agencją rządową, od której ocen zależą bardzo ważne decyzje re-

„ Myślimy o modelu, w którym lekarz rodzinny będzie pracował 8.00–18.00, od poniedziałku do piątku, w dni robocze, a po 18.00 przywrócimy pomoc ambulatoryjną i wyjazdową doraźną ”



sortu zdrowia. Jednak opinie Agencji nie są ostateczne. Równie ważne są prace 12-osobowego zespołu ds. gospodarki lekiem i dopiero decyzje tego gremium – po akceptacji ministra zdrowia – są wdrażane w życie. Za kilka tygodni będziemy mieli już nową listę leków refundowanych, na której znajdzie się kilkadziesiąt nowych pozycji. Na etapie analiz w AOTM są też nowe cząsteczki, które – w zależności od możliwości finansowych NFZ – być może także będą refundowane. ■

Rozmawiał Jacek Szczęsny