

# SPRAWA POLITYCZNA

Rozmowa z Beatą  
Małecką-Liberą,  
wiceprzewodniczącą  
sejmowej Komisji  
Zdrowia

Czy w sejmowej Komisji Zdrowia w wakacje trwają prace? Przy protestach lekarzy i zmianie prezesa NFZ aktywność posłów stała się prawie niewidoczna.

Wbrew potocznemu wrażeniu prace w komisji trwają cały czas. Przyjmowaliśmy ostatnio sprawozdania z realizacji narodowych programów zdrowotnych, w tym jednego z priorytetów – Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Posłowie z Komisji Zdrowia mieli wiele uwag do jego realizacji. Komisja przyjęła wniosek o dokonanie nowelizacji programu, głównie w zakresie środków finansowych na profilaktykę raka szyjki macicy i raka prostaty. Stopień zgłaszalności na badania profilaktyczne jest niewspółmiernie niski w stosunku do wydatkowanych na ten cel środków. Także wskaźniki wyleczalności się nie zmieniły. Nowotwory nadal są główną przyczyną zgonów w Polsce i mimo znacznego zwiększenia środków finansowych, zakupu nowoczesnego sprzętu diagnostycznego i terapeutycznego, nadal nie mamy oczekiwanych efektów. A przecież ten program jest naszym priorytetem w polityce zdrowotnej. Pracowaliśmy także nad nowelizacją ustawy o działalności leczniczej w zakresie dopre-



fab. Krzysztof Szwedzik/Forum

cyzowania przepisów dotyczących funkcjonowania hospicjów oraz zasad funkcjonowania ubezpieczeń od zdarzeń medycznych. To tylko kilka tematów poruszanych ostatnio. Nie-

*Jestem przekonana, że najlepszym rozwiązaniem, zarówno jeśli chodzi o zwiększenie środków finansowych, jak i wzrost jakości usług, jest zbudowanie systemu ubezpieczeń prywatnych*

*Nawet najbogatsze kraje nie są w stanie pokryć zapotrzebowania na usługi medyczne tylko z pieniędzy publicznych*

wątpliwie czekamy na nowe projekty ustaw zapowiadanych przez ministra zdrowia, przede wszystkim w zakresie systemu ubezpieczeniowego, podziału NFZ, wyceny świadczeń medycznych, ciągłości opieki nad pacjentami oraz zdrowia publicznego. Tak więc duże wyzwania przed nami. O szczegółach projektów będę dyskutować w momencie, gdy trafią one do komisji jako druki sejmowe.

**Już sama wycena wszystkich świadczeń to tytaniczna praca, obliczona na wiele miesięcy, jeśli nie lat.**

Tak, to prawda, ale pierwszy istotny krok został zrobiony. Trzy lata temu wprowadzono z wielkimi oporami jednorodną grupę pacjentów. Dzisiaj, patrząc z perspektywy czasu, wiemy, że był to ruch w dobrym kierunku. Teraz przyszła kolej na kolejny krok – wycenę świadczeń medycznych. Myślę, że wszyscy, którzy interesują się problemami ochrony zdrowia, czekają z niecierpliwością na tę ustawę. Brak wyceny świadczeń spowodował niedoszacowanie wielu procedur, w tym ratujących życie, wykonywanych głównie w szpitalach publicznych wieloprofilowych. Skutkowało to problemami finansowymi jednostek. To nie konkurencja jest miarą wypażeń, a właśnie brak zrównoważonej wyceny. Dlatego też uważam, że podstawowym warunkiem konkurencji świadczeniodawców, która ma podnieść jakość usług i ich dostępność, jest prawidłowa wycena, uwzględniająca potrzeby zdrowotne i ich zmiany.

**Od lat forsowana jest koncepcja, by zajęła się tym nowa, specjalnie do tego celu powołana Agencja Taryfikacji.**

Ta propozycja pojawiła się w projekcie ustawy jeszcze w poprzedniej kadencji. Niestety, nie była rozpatrywana przez Komisję Zdrowia. Jaki kształt rozwiązań będzie proponowany w nowej wersji, na razie nie wiemy. Zdania ekspertów są

podzielone. Jedni uważają, że powinna powstać nowa, niezależna agencja zajmująca się tylko wyceną i będąca niejako konkurencją dla Agencji Oceny Technologii Medycznych. Pojawiają się bowiem wątpliwości, czy AOTM, która już dziś ma huk pracy, poradzi sobie z dodatkowymi zadaniami. Inni twierdzą, że to właśnie jej rola. Skoro AOTM wydaje opinie o tym, które świadczenie ma być gwarantowane, to powinna dokonywać także analiz finansowych i wycen.

**A więc Agencja Taryfikacji czy nie?**

Jak potoczy się dyskusja w komisji – zobaczymy, dzisiaj to tylko gdybanie. Wiemy, że jest to duże wyzwanie. W koszyku świadczeń gwarantowanych jest ok. 80 tys. procedur. To ogrom pracy dla ekspertów.

**Tymczasem coraz częściej sły-chać narzekania, że koszyk świadczeń gwarantowanych jest za duży, szczególnie w stosunku do nakładów, a ciągle jeszcze się powiększa. Pojawiają się w nim coraz to nowe procedury, stare nie są wykreślane, a pieniędzy na ich realizację nie przybywa. Rozwiązaniem mogłoby być współpłacenie bądź ubezpieczenia dodatkowe.**

Współpłacenie to jedno z rozwiązań, które wraca w różnych dyskusjach. Dużym wyzwaniem jest jego umiejętne wprowadzenie – tak, aby nie natknąć się na opór, jak to się stało w Czechach. Przypomnę, że u naszych południowych sąsiadów stanowiło ono jedną z kluczowych osi sporu między koalicją rządzącą a opozycją. W polskim społeczeństwie jest duża nieufność do takiego systemu. Myślę, że właśnie opór i koszty społeczne byłyby niewspółmiernie wysokie do zakładanego efektu. Zresztą znawcy rynku medycznego ocenili, że pieniądze pozyskane z dodatkowych opłat za porady czy pobyt na oddziale są małe. To rozwiązanie bardziej ogranicza popyt na świadczenia medyczne niż dostarcza



dotatkowych środków finansowych. Z drugiej jednak strony prawdą jest, że Polacy godzą się na co dzień na różne formy współpłacenia, na przykład wykupując dodatkowe abonamenty zdrowotne, przy czym deklarują wysoki poziom satysfakcji z ich posiadania. Robią to jednak dobrowolnie. Dlatego też nie rozważamy wprowadzenia współpłacenia za świadczenia znajdujące się w koszyku świadczeń gwarantowanych. Jestem przekonana, że najlepszym rozwiązaniem – zarówno jeśli chodzi o zwiększenie środków finansowych, jak i wzrost jakości usług – jest zbudowanie systemu ubezpieczeń prywatnych.

**Co zatem z ubezpieczeniami dodatkowymi? Dzisiaj nie warto dodatkowo się ubezpieczać, skoro w teorii państwo gwarantuje pełny dostęp do świadczeń z koszyka. Gdybym potrzebował dostępu do świadczeń ponadstandardowych, na przykład ominięcia kolejki, musiałbym mieć gruby portfel, a nie ubezpieczenie dodatkowe.**

Tak, rzeczywiście, obecnie zakres ubezpieczeń dodatkowych jest bardzo wąski. A szkoda. Nawet najbogatsze kraje nie są w stanie w pełni pokryć zapotrzebowania na usługi medyczne tylko z pieniędzy publicznych. Trzeba pamiętać, że żyjemy coraz dłużej, zwiększa się liczba nowych technologii i możliwości leczenia. Ochrona zdrowia staje się coraz droższa. W Polsce w ostatnich latach znacznie zwiększyły się nakłady na ten cel, a mimo to zadowolenie pacjentów nie wzrosło, nadal mamy utrudniony dostęp do specjalistów. Dlatego właśnie pozytywne rozwiązanie widzę w dobrze zbudowanym systemie ubezpieczeń prywatnych – z jasno określonymi zasadami, rolą i funkcjonowaniem w systemie, komplementarnym wobec systemu publicznej ochrony zdrowia. Ważne jest również, aby oferta prywatnych ubezpieczeń dobrowolnych była szeroka i zróż-

nicowana. Tylko wtedy zainteresują się tymi produktami pacjenci i pojawi się szansa na znaczne obniżenie składki. I tak koło się zamyka. Uważam, że to dobra droga pozyskania prywatnych pieniędzy dla systemu opieki zdrowotnej. Dyskusja nad potrzebą reformy ubezpieczeń trwa od wielu lat. Niezależnie od



Fot. Wojciech Surdźhel/Agencja Gazeta

*Niezależnie od tego,  
kto rządzi, osoby  
zajmujące się  
problematyką ochrony  
zdrowia widzą  
potrzebę zmian*

tego, kto rządzi, osoby zajmujące się problematyką ochrony zdrowia zgodnie widzą potrzebę tych zmian. To poważna sprawa i tak jak w przypadku współpłacenia wymaga porozumienia ponad podziałami, porozumienia politycznego. Doskonale wiemy, czym grozi sytuacja nierównego dostępu do świadczeń. Gdy okaże się, że obok siebie żyją pacjen-

ci, którzy ubezpieczą się dodatkowo dobrowolnie, i tacy, którzy na dodatkowe ubezpieczenia się nie zgodzą i pozostaną tylko przy podstawowym poziomie bezpieczeństwa, pojawi się nierówność. Ta nierówność to kość niezgody politycznej w wielu krajach znacznie bogatszych od Polski. Ale zastanówmy się, co się stanie, jeżeli tych ubezpieczeń nie wprowadzimy. Godząc się na brak dodatkowych ubezpieczeń, godzimy się na to, że nie pozyskamy dodatkowych pieniędzy do systemu, nie wprowadzimy konkurencji i nie zwiększymy dostępności usług medycznych – nie zwiększymy dbałości o pacjenta. W ramach dyskusji o konkurencji wśród płatników w zakresie składki podstawowej ubezpieczenia zdrowotnego bardzo ważne jest określenie roli i miejsca w tym systemie ubezpieczeń dodatkowych.

**Kto powinien być kreatorem polityki zdrowotnej w Polsce? Ministerstwo Zdrowia? Narodowy Fundusz Zdrowia?**

Kreatorem polityki zdrowotnej i osobą odpowiedzialną za jej realizację jest minister zdrowia. Szkoda, że w dotychczasowej praktyce często ministerstwo traciło tę prerogatywę na rzecz NFZ. Z całą mocą pragnę jednak podkreślić, że polityka zdrowotna musi być spójna z regionalnymi potrzebami zdrowotnymi. Dlatego też jestem zwolenniczką regionalnych strategii zdrowotnych, opartych na analizach danych epidemiologicznych, demograficznych, środowiskowych. Strategię taką nazwę „mapą potrzeb”, która pozwoli na planowanie rodzaju i liczby świadczeń odpowiednio do potrzeb lokalnych społeczności. W mojej ocenie tak opracowana strategia regionalna i jej koordynacja na szczeblu centralnym pozwoli na optymalne kontraktowanie świadczeń zdrowotnych, a także na prawidłowe rozwijanie różnych dziedzin medycznych.

Rozmawiali:  
Janusz Michalak, Bartłomiej Leśniewski