



**KWESTIA**

**CZASU**

Rozmowa ze Zbigniewem J. Królem, wiceministrem zdrowia

Według zapowiedzi istotą obecnej reformy ochrony zdrowia miało być oparcie całego systemu na podstawowej opiece zdrowotnej. Tymczasem prace nad ustawą o POZ się przedłużają, będą kolejne konsultacje. Jednocześnie nastąpiło wielkie przyspieszenie w pracach nad powołaniem sieci szpitali.

To kwestia priorytetów. Po prostu sytuacja polskich szpitali jest tak dramatyczna, że trzeba było właśnie nią zająć się w pierwszej kolejności. Nie można było pozwolić na to, by szpitale nadal brnęły w pułapkę, którą zafundował im poprzedni system kontraktowy. Proszę zauważyć, że zagrożenie dostrzegli już nasi poprzednicy i odwoływali kolejne tzw. duże kontraktowania, zastępując je aneksowaniem. Poprzedni system był po prostu groźny, rodził niebezpieczeństwo rozmontowania szpitalnej części naszej ochrony zdrowia. My uznaliśmy, że zamiast stosować półśrodki w rodzaju aneksowania trzeba po prostu zmienić system. Stąd tak wielkie zaangażowanie na rzecz wprowadzenia sieci szpitali.

**Czyli pilniejsza reforma odsuwa ważniejszą? Wycofują się państwo choćby z tego, że w przyszłości 80% spraw związanych z ochroną zdrowia w Polsce będzie załatwiać POZ?**

Z niczego się nie wycofujemy. Wbrew zarzutom krytyków postępujemy nie tylko konsekwentnie, lecz także metodycznie. Z pewnością zreformujemy całą ochronę zdrowia tak, by jak najmocniej opierała się na POZ. Tyle że zdajemy sobie sprawę, że nie można tego zrobić z dnia na dzień. Choćby dlatego, że obecne zasoby kadrowe w tej gałęzi naszej ochrony zdrowia są zbyt szczupłe, by przyjąć na siebie odpowiedzialność za wszystkie nowe, planowane zadania. To trzeba robić stopniowo, małymi krokami. Z pewnością zaczniemy iść w tym kierunku, rezygnując z dotychczasowej polityki ciągłego dokładania do AOS.

**Polityka dokładania do AOS? A mieliśmy taką? Mówi się, że polski system oparty jest na trójcy: szpitale – AOS – POZ. Spośród tych trzech elementów chyba właśnie w AOS mieliśmy do czynienia z największym niedofinansowaniem.**

Niedofinansowana jest cała ochrona zdrowia, więc AOS także. Ale przez kolejne lata co rok znajdowały się dodatkowe środki na ten segment. Oczywiście nie były one wystarczające, by w pełni zaspokoić popyt na AOS, generowany przez inne elementy systemu. To dokładanie środków – zdaniem inicjatorów dodatkowych nakładów – powinno się przyczyniać przynajmniej do skracania kolejek. I nic to nie dało.

**ZAMIAST STOSOWAĆ PÓŁŚRODKI  
W RODZAJU ANEKSOWANIA  
SYSTEM TRZEBA PO PROSTU ZMIEŃĆ.  
STĄD TAK WIELKIE  
ZAANGAŻOWANIE NA RZECZ  
WPROWADZENIA SIECI SZPITALI**

**Dlaczego? Wszędzie tam, gdzie znalazły się pieniądze, kolejek nie ma albo przynajmniej stają się krótsze.**

Tak, ale po krótkim okresie znów zaczynają się wydłużać. To nie są perspektywiczne, stabilne rozwiązania. To trzeba zmienić. Nie ma na to prostego sposobu, ale liczymy, że efekt przyniesie dopiero odciążenie AOS przez pozostałe elementy systemu. Tu trudna do przecenienia jest rola POZ, choć swoją do odegrania mają także szpitale. Ale wróćmy do POZ. Dzisiaj powszechne jest nieuzasadnione ze względów medycznych odsyłanie pacjentów z poradni POZ do specjalistów. Pacjenci ze skierowaniem do specjalisty ustawiają się w kolejkach. A powody odsyłania, jak powiedziałem wcześniej, mają często wymiar pozamedyczny, np. taki, że lekarz POZ nie może zlecić niektórych badań diagnostycznych „na NFZ”, może to uczynić dopiero specjalista. Powstaje bariera, która jest nieracjonalna z punktu widzenia czy to finansowego, czy interesu pacjenta: konieczność zapisania się i odbycia dodatkowej, często niepotrzebnej wizyty tylko po to, by uzyskać dostęp do refundowanej diagnostyki. Powinno być inaczej. Lekarz POZ powinien mieć uprawnienie do skierowania pacjenta na refundowane badanie diagnostyczne i dopiero na tej podstawie decydować, czy pacjent trafi do specjalisty czy takiej potrzeby nie ma. Podobnych barier w POZ jest więcej, a ich usunięcie może się znacznie przyczynić do skrócenia kolejek, do szukania pomocy u specjalisty wtedy, gdy rzeczywiście jest niezbędna.

**Wspominał pan o roli szpitali w organizowaniu AOS.**

To kolejny element naszej kompleksowej reformy, czyli koordynowana – w tym wypadku szpitalna – opieka zdrowotna. Dziś jest tak, że szpital rozliczany jest z udzielonego pacjentowi świadczenia. Po jego udzieleniu pacjent otrzymuje wypis i skierowanie do specjalisty, który poprowadzi dalej leczenie. I to szczególnie widać w mniejszych ośrodkach: ten specjalista to często ten sam doktor, który dzieli swój czas na pracę w szpitalu i przyjmowanie po godzinach w ramach AOS w przychodni, która ma podpisany odpowiedni



Fot. PAP/Paweł Supernak

**PRZEZ NIEWŁĄCZYWY SPOSÓB KOMUNIKACJI**

**DOPUŚCILIŚMY DO NIETRZEBNEGO**

**PRZENIESIENIA DYSKUSJI O TARYFIKACJI**

**Z POZIOMU MERYTORYCZNEGO**

**NA POZIOM MEDIALNYCH ALARMÓW I PROTESTÓW**

kontrakt. Oczywiście do poradni często pacjent musi „odstać swoje” w kolejce. To rozwiązanie nie ma sensu z finansowego i logicznego punktu widzenia, a przede wszystkim jest uciążliwe i niebezpieczne dla pacjentów. Chcemy premiować kompleksową opiekę zdrowotną, także pooperacyjną w ramach szpitala, chcemy by powróciły tam przychodnie AOS. Będzie to korzystne dla pacjentów, którzy nie będą musieli sami sobie organizować leczenia. Będzie korzystne dla szpitali, do których wróci AOS wraz z pacjentami i wynagrodzeniem za ich leczenie. Wreszcie rozbudowa AOS przy szpitalach pomoże ich dyrektorom i ordynatorom podejmować właściwe decyzje, czy leczyć pacjenta ambulatoryjnie czy przyjmować na oddział. Gdy szpital będzie miał mocną AOS, zmniejszy się pokusa, by pochopnie kłaść pacjentów do łóżek. To zresztą ogólnoswiatowy trend. Wszędzie wielkie szpitale, coraz mocniej idąc tą drogą, zmieniają się w wielkie polikliniki.

**Zanim jednak się zmieniają, mogą zbankrutować. Czy będzie kolejna akcja oddłużenia?**

Tego bym się nie spodziewał. Rezultaty poprzednich akcji tego typu nie są zachęcające. Raz oddłużone szpitale szybko zaczęły zadłużać się ponownie. Sądzę jednak, że samorządy jako organy założycielskie szpitali powinny wziąć większą odpowiedzialność za długi i płynność finansową swoich placówek. I myślę, że w tym kierunku toczyć się będzie dyskusja o sposobach rozwiązania problemu zadłużenia.

**Wróćmy do POZ. W Polsce mamy 10 tys. lekarzy medycyny rodzinnej. To nie wystarczy, by prawidłowo wypełnić zadanie, które państwo przewidują im powierzyć.**

Oczywiście, że nie. Ale posłużę się innymi danymi. W Polsce mamy zarejestrowanych 33 tys. lekarzy POZ, 21 tys. z nich ma własne listy pacjentów. Oczywiście idealnie by było, aby wszyscy mieli specjalizację z medycyny rodzinnej, ale jeżeli doskonałą się i praktykują w tej dziedzinie lekarze innych specjalności, to nie jest źle. To wyznacza pewien kierunek. Innym jest stworzenie jednolitych list pacjentów dla lekarzy i pielęgniarek POZ. Dziś te listy się nie pokrywają. Zdarza się, że pacjenci z listy jednego lekarza figurują na listach kilku różnych pielęgniarek. Naszym zdaniem to niedopuszczalne, chcemy te listy ujednoczyć. Wreszcie chcemy powołać instytut, który zająłby się sprawą medycyny rodzinnej.

**Czy to będzie Instytut Medycyny Wsi?**

Nie potwierdzam, nie zaprzeczam.

**Krótko przed naszą rozmową otrzymał pan nową kompetencję: nadzór nad taryfikacją świadczeń. Gratulować czy współczuć?**

Z pewnością wiele będę chciał zmienić. Przede wszystkim w sposobie dyskusowania o wysokości taryf. Dotychczas, właśnie przez niewłaściwy sposób komunikacji, dopuściliśmy do niepotrzebnego przeniesienia dyskusji z poziomu merytorycznego na poziom medialnych alarmów i protestów.

*Rozmawiali: Janusz Michalak, Bartłomiej Leśniewski*