



Samominister

Rozmowa z Markiem Ludwikiem Grabowskim, wiceministrem zdrowia

Co Samoobrona chce wnieść nowego do programu ministra Zbigniewa Religi?

Jestem tylko jednym z wiceministrów, który realizuje politykę szefa resortu. Celem tego działania jest poprawa zdrowia polskiego społeczeństwa. Oczywiście, w swojej pracy nie będę zapominał o priorytetach Samoobrony, a więc o zwiększeniu dostępności do usług zdrowotnych dla mieszkańców wsi. Dowodem tego jest powołanie zespołu, który ma opracować plan *Poprawy opieki zdrowotnej na wsi*, który to plan ma być realizowany w latach 2007–2011.

Gdyby do koalicji rządowej przystąpiła organizacja skupiająca górali czy Kaszubów, to należałoby opracować programy poprawy zdrowotności tych grup?

Patrząc *okiem sprawiedliwego* trzeba powiedzieć, że dostępność do usług medycznych – zwłaszcza specjalistycznych, ale również profilaktycznych – na wsi jest zasadniczo mniejsza niż w miastach.

Co się zmieni w organizacji ochrony zdrowia za pańskiej kadencji?

To cały pakiet ustaw, które wdraża resort zdrowia. Przykładem są zaawansowane przygotowania do stworzenia sieci szpitalnej.

To pan odpowiada za sieć?

Zgodnie z regułami pracy Ministerstwa Zdrowia na pewno jakąś część odpowiedzialności za stworzenie sieci będę ponosił.

W *Menedżerze Zdrowia* opublikowaliśmy już listę szpitali, które mają wypaść z sieci. To może być dla pana ściąga.

Przecież my nie zlikwidujemy szpitali wg jednego kryterium, czyli liczby łóżek.

Minister Religa powiedział jednak, że szpitale poniżej 150 łóżek nie powinny istnieć.

Ta wypowiedź na pewno została wyrwana z kontekstu, bo o istnieniu bądź nieistnieniu małych jednostek (do 150 łóżek) będzie decydowała regionalna rada ds. szpitalnictwa, desygnująca dany szpital do sieci. W skład rady będą wchodziłi przedstawiciele rad powiatów, wojewodów, NFZ, resortu zdrowia oraz eksperci. Pragnę jednocześnie przypomnieć, że wskaźniki wykorzystania łóżek świadczą o niewykorzystaniu wielu oddziałów, np. w małych, powiatowych czy miejskich szpitalach, na oddziałach dziecięcych czy położniczych. A ponieważ brakuje łóżek *rehabilitacyjnych* czy *długoterminowych*, najprawdopodobniej będziemy te małe szpitale przekształcać. Nie oznacza to, że będziemy zwalniać personel,

a szpitale likwidować. Przez przekształcenia chcemy uzdrowić system tak, aby zwiększyć dostępność do np. oddziałów urazowych. Równocześnie chcemy uruchomić system szkolenia w wymienionych specjalnościach. Jednocześnie pragnę podkreślić, że sieć nie powstanie 1 stycznia 2007 r., tylko będzie to proces ewolucyjny, długotrwały.

Ile rad regionalnych powstanie? Czy będzie ich 16, tyle ile województw?

To nie są szczegóły, które można ujawniać na tym etapie prac. Do czasu wyborów samorządowych jesteśmy zobowiązani przez ministra zdrowia do zachowania tajemnicy. Mogę tylko powiedzieć, że na pewno będą to rady ogólnowojewódzkie.

» O istnieniu bądź nieistnieniu małych jednostek (do 150 łóżek) będzie decydowała regionalna rada ds. szpitalnictwa, desygnująca dany szpital do sieci. W skład rady będą wchodzić przedstawiciele rad powiatów, wojewodów, NFZ, resortu zdrowia oraz eksperci »

Jestem z Poznania. Powiedzmy zatem jakie przesłanie otrzyma rada województwa wielkopolskiego?

Rada będzie działała zgodnie z ustawą, która, podejrzewam, będzie procedowana dosyć długo. W listopadzie zostanie ona skierowana do konsultacji społecznych i wtedy będziemy mogli rozmawiać o szczegółach.

Pytam bardzo ogólnie. Czy np. powstanie jakaś ministerialna *superrada*, która będzie koordynować pracę rad wojewódzkich?

Dyrektorzy szpitali już wypełniają ankiety, które otrzymali z ministerstwa, w których pytamy o jakość sprzętu, warunki leczenia i pobytu. W dalszej kolejności rada wojewódzka będzie opiniować wnioski, które będą analizowane przez zespół resortu zdrowia, który będzie opierał się w swojej działalności na wskaźnikach, np. wskaźniku łóżek dla danej populacji mieszkańców regionu.

Obawiam się, że po raz kolejny z sieci nic nie wyjdzie – tak wielkie będą naciski lokalnych lobby.

Nie będzie tak, bo rada przedstawi rzetelny raport sporządzony na ustawowych kryteriach. W efekcie ustalimy, czy dany szpital spełnia wszystkie warunki, aby znaleźć się w sieci. Z ko-

lei wejście do sieci (z odpowiednim stopniem referencyjności) zobowiąże NFZ do płacenia za procedury.

Po co rada ma oceniać, czy szpital spełnia kryteria, skoro będą one zapisane w ustawie?

Podam panu przykład: dotychczas, gdy szpitale kupowały sprzęt, po naszych kontrolach okazywało się, że ta aparatura leżakuje i nie jest wykorzystywana. W nowej ustawie jest zapis, który stwierdza, że dyrektor szpitala może kupić sprzęt po uzyskaniu zgody rady ds. szpitalnictwa, która oceni, czy dany aparat jest w regionie naprawdę potrzebny.

Na jakiej zasadzie rada będzie decydowała o zamknięciu szpitala?

Rada będzie tylko opiniować na podstawie ustawowych kryteriów wejście szpitala do sieci.

Czy te kryteria będą na tyle precyzyjne (np. określające konkretny wskaźnik obłożenia łóżek), że nie będzie miejsca na jakąkolwiek uznaniowość?

Powtarzam, będzie ustawa i rozporządzenia wykonawcze.

Czyli jeśli dany oddział nie będzie spełniał tych kryteriów, to rada nie ma prawa pozytywnie go zarekomendować?

Dowolność decyzyjna rady będzie bardzo ograniczona, bo gdyby tak nie było, to siła lokalnych lobby jest tak duża, że prawdopodobnie nic nie udałoby się zmienić i trzeba by utrzymać *status quo*. Ale – podkreślam – chcemy część małych obiektów, które mogą zostać zastąpione w swojej działalności przez jednostki większe, znajdujące się w sąsiedztwie, przekształcić.

A co zrobi rada ze szpitalami klinicznymi? Czy będą one rozpatrywane jako element wojewódzkiej sieci, czy ich status będzie jeszcze inny?

Przecież nikt nie będzie przekształcał szpitali klinicznych, które w regionach spełniają bar-

dzo ważną rolę. Oczywiście, jednostki te także będą podlegały opiniowaniu i weryfikacji, ale to nie znaczy, że będziemy w rewolucyjny sposób je reformować. Pragnę też przypomnieć, że pan pyta mnie o szczegóły, które z jednej strony nie są możliwe do ujawnienia, a z drugiej strony nie są do końca sprecyzowane. Zresztą nawet gdyby wszystkie zasady i kryteria zostałyby teraz ujawnione, to i tak czeka nas etap konsultacji społecznych, a w takim przypadku (jak dowodzi praktyka) uwzględnia się ok. 80 proc. uwag. W efekcie ostateczny kształt rozporządzeń wykonawczych będzie

simy poprawić wspomnianą wielokrotnie dostępność.

Wierzy pan, że po powstaniu sieci skrócą się kolejki do specjalistów?

To przecież logiczne: gdy oddziały zostaną przekształcone, a jednostki zmienią profil swojej działalności, to poprawi się dostępność do pewnego zakresu usług. Trwają też prace nad sporządzeniem listy priorytetowych zawodów medycznych. Dzięki temu również nastąpi przyspieszenie możliwości uzyskania pewnych specjalizacji. Za tym musi oczywiście iść

” Nawet gdyby wszystkie zasady i kryteria tworzenia sieci zostałyby teraz ujawnione, to i tak czeka nas etap konsultacji społecznych, a w takim przypadku (jak dowodzi praktyka) uwzględnia się ok. 80 proc. uwag ”

znany pod koniec roku. Ważny jest cel: poprawa dostępności do lekarza i jakości usług medycznych.

Czy powstanie również nowa ustawa o sieci lekarzy? Bo co z tego, że będą szpitale, jak nie ma w nich specjalistów?

Jak pamiętam historię polskiego systemu ochrony zdrowia (a pracuję w nim 31 lat), to podwyżki płac były zawsze śladowe. Obecne kierownictwo resortu po raz pierwszy w historii zaofiarowało lekarzom aż tak wysoki wzrost wynagrodzeń. I niech to będzie odpowiedź na pana pytanie.

Pieniądze na podwyżki można też wygospodarować, tworząc sieć. Jakie ona przyniesie oszczędności?

Ależ my nie mówimy o oszczędnościach, tylko o racjonalnym gospodarowaniu posiadanymi środkami. Oczywiście, takie cele przyświecają twórcom systemów w każdym kraju, ale złotego środka dotychczas nie znaleziono.

Po co zatem sieć, po co to całe zamieszanie? Czy nie lepiej zakontraktować usługi z oddziałami, ze szpitalami, które wykonują swoją pracę dobrze i tanio? To byłaby najlepsza racjonalizacja systemu.

NFZ musi udoskonalać procedury, a minister musi reformować system ochrony zdrowia. To ustawowy obowiązek szefa resortu zdrowia. Mu-

odpowiednie wyposażenie oddziałów specjalistycznych. Kolejnym krokiem jest stworzenie koszyka świadczeń, który uświadomi społeczeństwu, na co może liczyć w ramach finansowania usług przez NFZ. Pacjenci wtedy uzyskają wiedzę, że będą musieli dopłacać do pewnych usług w ramach np. dobrowolnych ubezpieczeń dodatkowych.

Czy nie boi się pan buntu potężnego lobby dyrektorów szpitali albo, z drugiej strony, dyskusji, z której wynikną tylko kosmetyczne zmiany?

Sądzę, że dyrektorzy rozumieją sens tworzenia sieci, a poza tym środowisko medyczne będzie miało możliwość wniesienia swoich uwag i krytyki propozycji ministerstwa.

A czy nie boi się pan, że Samoobronie podrzucano kukułcze jajo? Bo jak pan zacznie zamykać szpitale, to pojawią się protesty społeczne.

Nie będę zamykał szpitali. Mam określone zadania, związane z nadzorowaniem pewnych departamentów resortu zdrowia. Za tworzenie sieci i reformę systemu ochrony zdrowia odpowiada jeden człowiek – minister. Na niego spadnie odium ewentualnej porażki, ale też on zbierze najwięcej gratulacji – co mam nadzieję nastąpi – z powodu sukcesu.

Rozmawiał Janusz Michalak