



Co ze zdrowiem, jeśli Prawo i Sprawiedliwość wygra wybory?

Rozmowa z przewodniczącym sejmowej Komisji Zdrowia i posłem Prawa i Sprawiedliwości Tomaszem Latosem.

System ochrony zdrowia w Polsce działa dobrze? – Fakty są takie, że na zdrowie z roku na rok przeznaczają się coraz więcej pieniędzy. Niezależnie, czy będzie to kalkulowane według wskazań partii rządzącej, w oparciu o produkt krajowy brutto (PKB) sprzed dwóch lat, czy jakby to chciała opozycja PKB z roku bieżącego. To niewątpliwie sukces. Ochrona zdrowia jest obecnie tym sektorem państwa, który zyskuje – wzrost w oparciu o PKB pokazuje to wyraźnie. Nakłady na zdrowie zwiększyły się z 77,2 mld w 2015 r., przez 93,5 w 2018, 141,3 w 2021, 156,5 w 2022, po 159,6 w 2023. Od 2021 r. przeznaczamy 6 proc. PKB na zdrowie. Nawet uznając, że to wzrost sprzed dwóch lat – mówimy o dodatkowych miliardach. Dzięki temu możemy rozwijać ten sektor – zainwestowaliśmy w infrastrukturę, w sprzęt, w nowe programy lekowe. Dzisiaj mówimy o miliardach złotych dofinansowania przeznaczonych na onkologię, kardiologię, ale także na podwyżki dla pracowników. Zlikwidowaliśmy limity na świadczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Informatyzujemy ochronę zdrowia – robimy to szybciej i lepiej niż Niemcy, mamy dobrze działające e-recepty. Poprawiły się i poprawiają warunki pracy personelu medycznego oraz bezpieczeństwo pacjentów. Nigdy wcześniej takich pieniędzy nie było – i to są fakty. To podstawa, aby móc poprawiać system ochrony zdrowia w kolejnych kadencjach – wkrótce na zdrowie będziemy przeznaczać aż 7 proc. PKB.

Zalóżmy zatem, że to Prawo i Sprawiedliwość wygra wybory parlamentarne – jakie decyzje zdrowotne będą podjęte w najbliższym czasie

– co jest do poprawy, pytam szczególnie o szpitalnictwo?

– Mogę podzielić się swoimi przemyśleniami. Po pierwsze – weryfikacja i urealnienie wyceny procedur medycznych. To dobry moment na kompleksowe działania w tej sprawie. Bo kiedy to robić, jeśli nie w momencie, gdy pieniędzy w ochronie zdrowia jest tak dużo? Mówię o tysiącach procedur, zatem złożoność i skala zadania jest większa, niż mogłoby się wydawać. Dziś pożądaną umiejętnością dyrektora szpitala jest efektywne zarządzanie, w tym także umiejętne łączenie niedoszacowanych procedur z tymi, które są dobrze wyceniane. Należy dokonać analizy i stosownej korekty. Wiem, że prace w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji są w tej sprawie prowadzone. Jednak żeby wszystko zaczęło działać jak należy, niezbędne będzie współdziałanie środowisk medycznych, w tym izb lekarskich oraz samorządów, z ministrem. Potrzeba zgody i konsensusu.

Mimo zwiększenia nakładów finansowych na zdrowie – w tym na szpitale – wskaźniki zadłużenia nie uległy obniżeniu. Zadłużenie szpitali na koniec trzeciego kwartału 2022 r. wyniosło 19,1 mld złotych, w tym 2,1 mld zł to zobowiązania wymagalne. Zmiana wycen poprawi tę sytuację?

– Między innymi. Poza tym uważam, że jeśli wygramy wybory, powinniśmy zająć się też kwestią znalezienia dobrego rozwiązania, dzięki któremu będzie można pomóc zarządzającym szpitalami w koniecznych restrukturyzacjach. To polepszy finanse placówek. Od razu powiem, że nie chodzi o ustawę o restrukturyza-

POLITYCZNE ROZMOWY „MENEDŻERA ZDROWIA”





„Urealnienie wyceny procedur, wprowadzenie mechanizmów finansowych wspierających szpitale, profilowanie podmiotów medycznych, sprawdzanie standardów kształcenia w nowych szkołach i dalsze zmiany struktury finansowej POZ – to kierunki reformy służby zdrowia proponowanej przez Prawo i Sprawiedliwość”

cji i modernizacji szpitalnictwa w wersji sprzed dwóch lat – z niej należy wybrać jedynie niektóre fragmenty dotyczące restrukturyzacji, aby pomagać jednostkom w najtrudniejszej sytuacji finansowej.

Powinniśmy pomagać dobrym menedżerom, mającym pomysły na lepsze funkcjonowanie ich placówek i docelowo chcącym zmniejszyć zadłużenie podmiotów, którymi zarządzają. Rozwiązaniem mogłaby być pomoc w uzyskaniu taniego kredytu na spłacenie niekorzystnego zaciągniętego w przeszłości, a także na podejmowanie nowych inwestycji. Dzięki temu menedżerowie mogliby sfinansować program restrukturyzacyjny i poprawić funkcjonowanie swojej jednostki, otworzyć nowe oddziały, np. geriatryczne – co pozwoliłoby na generowanie dodatkowych przychodów i dochodów.

Oczywiście, pomoc powinna wiązać się z przygotowaniem odpowiednich planów restrukturyzacyjnych, a następnie ich skuteczną realizacją. Z tych planów mogłoby wynikać pewne przeprofilowanie działalności szpitala, by dostosować go do lokalnych potrzeb zdrowotnych i sytuacji demograficznej. Chodzi między innymi o to, by placówki nie konkurowały o zasoby, a opieka w regionie była komplementarna i szeroka.

Jednocześnie te plany powinny być przygotowywane w porozumieniu z przedstawicielami organów założycielskich, potrzebne jest także zaproponowanie przez NFZ możliwości zakontraktowania nowych oddziałów.

Jeśli do tego dołożymy wspomniany przegląd wyceny procedur medycznych i poprawę zarządzania, to trwale bilansowanie się szpitali stanie się możliwe – do tego dążymy i mam nadzieję, że będziemy mogli w tym kierunku zmierzać po wygranych wyborach. Nie jestem zwolennikiem oddłużania bez planów restrukturyzacyjnych. Takie działanie spowodowałoby, że zobowiązania po kilku miesiącach ponownie by się pojawiły. Co więcej – to by było niesprawiedliwe wobec tych dyrektorów, którzy utrzymali dyscyplinę finansową. To byłoby kontrproduktywne, a ci dyrek-

torzy zostaliby pokrzywdzeni. Trzeba szukać innych rozwiązań – dlatego należy zapewnić wsparcie dla tych placówek medycznych, które zaprezentują plan naprawczy.

Lepsza sytuacja finansowa szpitali da szansę, aby ich dyrektorzy rozmawiali z pracownikami w sprawie wynagrodzeń i podwyżek, bez potrzeby odgórnego, administracyjnego dokładania do wypłat.

A może warto zmniejszyć liczbę szpitali – może to także sposób na poprawę ich finansów? Takiego zdania jest część ekspertów zdrowotnych.

– Nie chodzi o zbyt dużą liczbę szpitali, ale o ich odpowiednie wykorzystanie. Zarządzający podmiotami leczniczymi i organ założycielski szpitala powinni się zastanowić, które oddziały prowadzić, które są jego mocną stroną i – co najważniejsze – są potrzebne ludziom w regionie.

Czasami słyszy się stwierdzenie, wyrażane bez potwierdzonej wiedzy, że lepiej mieć szpital bliżej domu. Trzeba się jednak zastanowić, co jest ważniejsze – położenie placówki, czy jakość i bezpieczeństwo. Przy dzisiejszej łatwości przemieszczania się odległość jest słabym argumentem. Brak doświadczenia personelu wynikający z małej liczby pacjentów z określonej specjalności medycznej powinien być uwzględniany w planach tworzenia bądź utrzymania istniejących oddziałów. Podkreślę raz jeszcze: bezpieczeństwo pacjentów jest najważniejsze. Przyszłość to odpowiednie profilowanie podmiotów medycznych – konieczne jest analizowanie działalności medycznej, dostosowanie liczby łóżek i profilu działalności do rzeczywistych potrzeb.

Będzie zarządzanie centralne?

– Nie jestem zwolennikiem nakazywania czegokolwiek. Trzeba po prostu stwarzać możliwości – także ekonomiczne – aby dyrektorzy i właściciele podejmowali racjonalne decyzje. Powtarzam: ważne w tym przypadku są także odpowiednie wyceny. Jeśli świadczenia i koszty leczenia pacjentów w zakładach

opiekuńczo-leczniczych będą dobrze wycenione, to władarze powiatów, w których są dwa nierentowne szpitale, dostrzegając zapotrzebowanie na taką pomoc, przekształcą jeden z nich w ZOL. Dzięki temu pacjenci zostaną objęci lepszą opieką, a finanse podmiotów będą lepsze. Zmniejszy się również problem braku personelu medycznego.

To może niepotrzebnie otwiera się nowe uczelnie kształcące lekarzy?

– Dobrze się stało, że zwiększyliśmy nabory na studia medyczne. To pozwoli w przyszłości nie martwić się o braki kadrowe – w 2015 r. kształciliśmy 7 tys. studentów na pierwszym roku, w tym – ponad 11 tys. To spowoduje, że w perspektywie kilku lat będziemy mieli rzeczywiście więcej lekarzy. Być może pojawi się inny problem, z którym będziemy musieli się mierzyć – chodzi o to, by poziom kształcenia w mniejszych ośrodkach był zbliżony do tego w większych uczelniach z tradycjami. Trochę się o to obawiam. Pamiętajmy, że potrzeba wielu doświadczonych kadr medycznych, które są przygotowane, aby kształcić innych. Dajemy pewne możliwości, ale uważam, że należy pilnować, aby standard wysokiego poziomu kształcenia również w mniejszych ośrodkach akademickich był zachowany.

Podsumowując: zapowiada pan potrzebę urealnienia wyceny procedur, wprowadzenia pewnych mechanizmów finansowych wspierających szpitale, profilowania podmiotów medycznych (dzięki odpowiedniej wycenie), sprawdzania standardów kształcenia w nowych szkołach medycznych. Co jeszcze należałoby poprawić?

– POZ powinien być podstawą piramidy świadczeń opieki zdrowotnej, i to w tym miejscu powinno odbywać się leczenie ogromnej większości pacjentów. Od lat twierdziłem, że model przyjęty ponad 20 lat temu, oprócz zalet, ma też istotne wady. Jest to związane ze sposobem finansowania. Należy wydzielić osobną pulę pieniędzy na diagnostykę. Tego rodzaju propozycje są w programie pilotażowym, który niedawno został wdrożony. Trzeba zrobić wszystko, aby do AOS byli odsyłani wyłącznie ci pacjenci, których leczenia nie można prowadzić w POZ.

A co z opieką koordynowaną w POZ – to nie wystarczy?

– Dodatkowo model opieki koordynowanej polegający na współpracy lekarza rodzinnego ze specjalistą, oprócz aspektów finansowych, powinien pomóc w realizacji tego postulatu. Trzeba także zmienić pewne nawyki nas, pacjentów, którzy często w POZ domagają się wręcz skierowania do specjalisty. To wyłącznie lekarz rodzinny powinien decydować, w których sytuacjach rzeczywiście taka konsultacja będzie niezbędna.

„Zainwestowaliśmy w infrastrukturę, w sprzęt, w nowe programy lekowe. Dzisiaj mówimy o miliardach złotych dofinansowania przeznaczonych na onkologię, kardiologię, ale także na podwyżki dla pracowników. Zlikwidowaliśmy limity na świadczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Informatyzujemy ochronę zdrowia – robimy to szybciej i lepiej niż Niemcy, mamy dobrze działające e-recepty.”

A co jeśli jednak PiS nie uzyska większości sejmowej? Czy dostrzega pan możliwość współpracy z innymi partiami, aby zrealizować to, o czym pan mówi? Jeśli tak, to z jaką partią możliwe byłoby porozumienie w sprawach zdrowotnych?

– Uważam, że pomiędzy wszystkimi partiami powinien być pewien konsensus dotyczący reformy służby zdrowia. To naturalne, że partie przedstawiają różne programy, jednak baza powinna być przyjęta i zaakceptowana przez wszystkich. W wielu sprawach podczas posiedzeń Komisji Zdrowia mamy takie samo zdanie i chciałbym, aby wspólne spojrzenie przełożyło się także na działania niezależnie od tego, kto rządzi zarówno teraz, jak i w kolejnych latach.

Ciekawy jestem pana zdania na temat ewentualnej współpracy z Konfederacją. Pomysł Konfederacji na bono zdrowotne jest dość kontrowersyjny.

– To model finansowania dla młodych i zdrowych. Bo jak drogi musiałby być bono zdrowotny, aby sfinansować leczenie w różnych chorobach przewlekłych albo innych, ciężkich zachorowaniach? W takich przypadkach dzienny koszt leczenia wynosi wiele tysięcy złotych – chociażby w onkologii. Wiele terapii jest bardzo drogich i nikogo nie byłoby stać na leczenie wyłącznie za bono zdrowotny. Myślę, że warto o tym pamiętać.

Rozmawiał Krystian Lurka