



Krok po kroku

Rozmowa z Ewą Kopacz, minister zdrowia

„ Nie powinniśmy dzielić szpitali na prywatne i publiczne, ale na dobre i na złe „



odpowiedzieć – to swój plan wykonałam w 90 proc. Obowiązuje ustawa o koszyku świadczeń gwarantowanych. Rozpoczęliśmy prace nad pakietem ustaw farmaceutycznych. Powstała ustawa o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych i założenia do ustaw o badaniach klinicznych i refundacyjnej. Przed nami propozycja założeń do prawa farmaceutycznego. Ponadto powołaliśmy Rzecznika Praw Pacjenta. To by-

– Jest pani na półmetku kadencji. Ile z tego, co pani zamierzała, udało się zrealizować i jaką ocenę wystawiłaby pani sobie?

– Nie chcę być sędzią we własnej sprawie. Oceniać mnie pacjenci. Przypomnę tylko, że program układałam na cztery lata, a upłynęły zaledwie dwa. Jest jeszcze za wcześnie na podsumowania i rozliczenia. Ale gdybym miała w uproszczeniu, ale w miarę konkretnie,

ła bardzo ważna dla mnie sprawa. Dzisiaj – sądząc po liczbie podejmowanych przez rzecznika interwencji – mogę powiedzieć, że się nie myliłam. Wyliczając dalej, mamy wreszcie system rozliczania świadczeniodawców poprzez jednorodną grupę pacjentów. O tym dużo mówili nasi poprzednicy – niestety, tylko dużo mówili i przesuwali sprawę w czasie. Dokończyliśmy wprowadzanie rozliczeń JGP w szpitalach, teraz będziemy dyskutować o tych grupach w ambulatoriach. To dobry system, sprawdził się w Anglii i Irlandii.

– Tyle że do ambulatoriów JGP trafi z ogromnym opóźnieniem i nie podano nawet terminu jego wprowadzenia.

– Nad wycenami pracuje Narodowy Fundusz Zdrowia. System pojawi się w przyszłym roku. Opóźnienie wynika z weta prezydenta do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

– A co pani uważa za swoją klęskę?

– Klęski nie było, choć porażki – owszem. Chodzi o prezydenckie weta do ustaw zdrowotnych i o to, że nie mieliśmy dość siły, by je odrzucić w parlamencie.



„ Nie będzie wyhamowania reform, przerwy na kampanię wyborczą. Przeciwnie, myślę o ich przyspieszeniu „

– Rozumiem, że chodzi o plan B?

– Plan B, jak sama nazwa wskazuje, jest planem B, a nie planem A, czyli nie tym, który uważamy za właściwszy. Nie chcę przez to powiedzieć, że plan B jest gorszy, ale na pewno jest... powolniejszy. Przypominam, że plan A był ustawą, czyli aktem prawnym najwyższego rzędu. W planie B musimy się opierać na aktach prawnych niższego rzędu.

– Ale przecież prawie nikt nie skorzystał z planu B.

– Powtórzę, to jest plan powolniejszy. Od momentu podjęcia uchwały trzeba czekać miesiące na sprawdzenie

nie przedstawionego przez szpital planu restrukturyzacyjnego. Jest on rygorystycznie weryfikowany przez BGK i NFZ. Procedura wprowadzania planu trwa minimum pół roku, a czasem jeszcze dłużej, gdy zajdzie konieczność naniesienia poprawek, powtórnej weryfikacji czy konsultacji. Plan B pojawił się w maju, od tego czasu do programu zgłosiło się już 17 placówek. Kolejne sto szpitali czeka w kolejce. To sporo. Jeżeli do 2011 r. 200 placówek przekształci się w spółki, uznaję to za sukces.

– Ale to tylko 200 szpitali z 700, które mogłyby z planu skorzystać. Co z pozostałymi?

– To oznacza, że zrealizuje go prawie 30 proc. placówek, a tak właśnie zakładaliśmy. O to, co się stanie z pozostałymi, trzeba spytać prezydenta. My wszystkie chcieliśmy przekształcić w spółki ze stuprocentowym udziałem samorządów. Proszę mi dzisiaj pokazać chociaż jeden samorząd, który przejął zadłużenie



szpitala. Nie ma takich, bo tak naprawdę w Polsce organy założycielskie nie ponoszą odpowiedzialności za sytuację finansową szpitali. Gdy samorząd zostaje jedynym udziałowcem spółki, sytuacja całkowicie się zmienia. To reguluje prawo chyba najdoskonalsze w tym zakresie w Europie – niemieckie i austriackie. My chcemy, by nasze było podobne.

– A dlaczego pani założyła, że najważniejsza jest reforma świadczeniodawców? Przecież decyduje ten, kto płaci. Co więc z reformą płatnika, podziałem NFZ, wprowadzeniem konkurencji?

– Nie zapomnieliśmy o tym. Tyle że wszystko po kolei. Konstruowanie rynku zaczęliśmy od tego, co jest osią systemu – od pacjentów. Stworzyliśmy dla nich prawo. Mogą się odwołać do sądu, dochodzić swoich praw na drodze cywilnej, otrzymać odszkodowanie za błędy i zaniechania. Po pacjentach kolej na drugi podmiot rynku – świadczeniodawcę. I – co chcę pod-

kreślić – sprawą pacjentów i świadczeniodawców zajmujemy się jednocześnie.

– Ale płatnika nie!

– Jak to nie? Trwają przygotowania do reform. Wprowadzamy rozliczenia przez jednorodne grupy. Ustawia o koszyku świadczeń gwarantowanych to także krok ku zreformowaniu systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Ponadto bardzo zaawansowane są już prace nad systemem informatycznym, bez którego nie może być mowy o prawidłowym rozliczaniu się z płatnikiem. Jeśli dzisiaj jedynie dokładalibyśmy płatnikowi pieniądze, nie dbając o uszczelnienie systemu na poziomie świadczeniodawcy, gwarantuję, że wszystkie zostałyby przejedzone, nie przyczyniając się do poprawy leczenia i sytuacji pacjentów.

– Ale prościej byłoby, gdyby wprowadzono konkurencję. Płatnik – lub kilku płatników – przejąłby większość obowiązków ministerstwa, np. szukanie tańszych i efektywniejszych świadczeniodawców i dbałość o system informatyczny. To się sprawdza w każdej dziedzinie życia.

– Na razie mamy załączki konkurencji. To konkursy świadczeniodawców. Staramy się systematycznie poprawiać mechanizmy. W tym roku dość późno był gotowy plan finansowy, ze względu na zmiany algorytmu podziału pieniędzy dla regionów. Proszę też pamiętać, że w przeszłości podpisywano wiele umów wieloletnich. Ale już następne konkursy, rozpisywane w końcu roku 2010, przybliżą nas do rynku, bo będziemy mieli pierwsze efekty rozporządzeń koszykowych i dane na temat związanych z nimi kosztów. Do konkursów będą mogli przystąpić ci, którzy teraz narzekają, że nie mogą tego zrobić. Wtedy nie trzeba będzie ustawowo decydować, który szpital powinien się znaleźć w sieci, bo utworzy się ona w naturalny sposób. Placówki, które nie poradzą sobie z konkurencją, będą się domagać wyłącznie dodatkowych pieniędzy, nie przeprowadzą restrukturyzacji, nie zadbają o renomę i pacjentów – przypadną.

„ Mój następcą nie będzie miał takich powodów do narzekania na swojego poprzednika jak ja na swojego ”

„ W roku 2008 wydaliśmy na szpitale 18 mld zł. W roku 2009 już 26 mld zł. I co? Czy te placówki są dziś dwa razy lepsze? Czy skończyły się ich kłopoty finansowe? „



– Co to znaczy „przepadną”?

– Organ założycielski przejmie na siebie odpowiedzialność i dług albo zlikwiduje placówkę. Albo wreszcie, na czym najbardziej mi zależy, zmusi dyrektora do przeprowadzenia porządknej restrukturyzacji.

– A dyrektor odpowie zmobilizowaniem pacjentów, mediów, pracowników. Będą pikiety, komunikaty, manifestacje. A w tle kampania prezydencka...

– Ten ostatni argument do mnie nie będzie przemawiał. To nie będzie rok zmian kosmetycznych, uśmiechania się do wszystkich i unikania spraw trudnych. Krok po kroku będę realizować program.

– Czyli nie będzie wyhamowania reform, przerwy na kampanię wyborczą?

– Nie będzie. Myślę nawet o przyspieszeniu. Przede wszystkim zależy mi na ustawie ustrojowej i na noweli ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

– Dlaczego na ustawie ustrojowej?

– Bo ona pokaże obraz systemu opieki zdrowotnej, do którego dążymy, określając ramy współpracy, prawa i obowiązki pacjenta, świadczeniodawcy oraz płatnika.

– Mają już państwo założenia tej ustawy?

– Wstępny szkic. Na pewno będzie kilku płatników i konkurencja między nimi.

– Kiedy?

– Nie musiałby pan zadawać tego pytania, gdyby moi poprzednicy cokolwiek w tej sprawie zrobili. Tego nie można wprowadzić z dnia na dzień, po prostu się nie da. Przez dwa lata zrobiłam tyle, ile było można. Po czterech latach sprawa będzie jeszcze bardziej zaawansowana. Mój następcą nie będzie miał takich powodów do narzekania na swojego poprzednika jak ja, nie będzie musiał pracować w ministerstwie po kilkanaście godzin dziennie.

– A co z dodatkowymi ubezpieczeniami?

– Oczywiście będą.

– A sieć szpitali?

– Powstanie, ale nie wymyślona za biurkiem i powołana na podstawie aktu opatrzonego podpisem urzędnika. Stworzy ją rynek. Tak po prostu być musi. I potwierdzają to nasze ostatnie doświadczenia. Wiele osób argumentowało, że w Europie Zachodniej i USA na ochronę zdrowia przeznaczają się „aż tyle”, a u nas „tylko tyle”, i dlatego nasz system szwankuje. Wzięliśmy ich raczej pod uwagę. Mam

„ W przyszłości w polskiej ochronie zdrowia na pewno będzie kilku płatników i konkurencja między nimi ”

swoje wyliczenia: dwa lata temu wydaliśmy na szpitala 18 mld złotych. W 2009 r., mimo kryzysu, przeznaczaliśmy na nie już 26 mld zł. I co? Czy te placówki są dziś dwa razy lepsze? Czy skończyły się ich kłopoty finansowe? Nie będziemy więc pisać ustawy o szpitalach sieciowych, budować sieci aktem prawnym. Bo to oznaczałoby przeznaczanie na ich działalność ustalonego budżetu, finansowanie niezależnie od tego, czy zadadzą sobie trud restrukturyzacji, czy nie. Zrobimy inaczej: postaramy się, by najlepsze, najsprawniej zarządzane wygrywały konkursy i zdobywały kontrakty. I w ten sposób same kwalifikowały się do sieci. Bez restrukturyzacji im się to na pewno nie uda. Upieczemy więc dwie pieczenie przy jednym ogniu: będziemy mieli i sieć, i restrukturyzację.

– A co ze szpitalami klinicznymi?

– Kończymy prace nad ustawą o szpitalach klinicznych. Nie przedłożyliśmy jej jeszcze, bo w ostatnim czasie skoncentrowaliśmy się na pakiecie farmaceutycznym i innych pilnych aktach.

– A jaka będzie idea ustawy? Zlikwidujemy połowę tych placówek? Wiadomo, że to silne lobby...

– W polskiej praktyce 80 proc. procedur przeprowadzanych w szpitalach klinicznych mogłyby przejść placówki wojewódzkie czy powiatowe. Chciałabym, żeby w szpitalach klinicznych leczono najbardziej skomplikowane przypadki. I za to, że robią rzeczy wyjątkowe, a nie za wycinanie migdałków, powinny one otrzymywać premię finansową.

– Czy właścicielem takich szpitali mógłby być podmiot prywatny? Albo by spółka nim zarządzająca była formą partnerstwa prywatno-publicznego?

– Z czasem tak. Nie powinniśmy dzielić szpitali na prywatne i publiczne, ale na dobre i na złe. I w ten sposób patrzeć na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia.

Rozmawiał Janusz Michalak