



NIE BĘDZIE

ROZBIORU AOS

Rozmowa z Łukaszem Szumowskim, ministrem zdrowia

Fot. Sławomir Kamirski/Agencja Gazeta

Wkrótce po objęciu urzędu powiedział pan, że przed panem dwuletnia kadencja. Nadal podtrzymuje pan, że tylko dwuletnia? Ile przez te dwa lata można zrobić, co będzie priorytetem?

Czy to będzie kadencja dwuletnia, okaże się... za dwa lata. To z jednej strony niewiele, z drugiej bardzo dużo. Nawet gdyby moja kadencja okazała się znacznie dłuższa, to i tak od zainicjowania do zakończenia wielu procesów w ochronie zdrowia musi upłynąć kilkanaście lat, a nie dwa lub sześć. Zatem kilka lat, niezależnie – dwa czy sześć, to niewiele. Jednak z drugiej strony to sporo, gdy wziąć pod uwagę, że w tym czasie można zainicjować zmiany, procesy, które przyniosą pozytywne skutki za lat kilkanaście.

Pod warunkiem, że następcy będą zainicjowane zmiany kontynuować. W ostatnich latach pierwszym krokiem nowej władzy było zazwyczaj zatrzymanie reform wprowadzonych przez poprzedników.

Dlatego tak wielką wagę przywiązuję do zainicjowania ogólnonarodowej debaty o tym, jakiej ochrony zdrowia chcą Polacy. I dziwię się, że tego pytania nikt jeszcze Polakom nie postawił. Ja zamierzam to zrobić i zamierzam to zdanie uszanować, pomóc wypracować najlepsze drogi dojścia do wyznaczonych w ten sposób celów. Także we współpracy z opozycją.

Odpolitycznić ochronę zdrowia, zgoda ponad podziałami politycznymi – to było marzenie każdego ministra zdrowia. Jeszcze żadnemu się nie udało, mimo deklaracji, zapewnień, prób. W końcu zdrowie to dobre pole konfrontacji politycznej. Temat ten budzi spore emocje. Istnieje silna pokusa, by zamiast rozmawiać strzelać sobie nawzajem polityczne gole.

Cóż, nie chciałbym oceniać prób podejmowanych przez moich poprzedników. Ale swoją próbę zorganizowania i przeprowadzenia debaty publicznej z pewnością podejmę bogatszy o ich doświadczenia. A jeśli chodzi o konfrontację – proszę zauważyć, że nawet w dzisiejszym ostro podzielonym Sejmie zdarzają się głosowania w sprawach zdrowotnych, w których ustawy przechodzą niemal jednomyślnie. To budzi nadzieję. Liczę, że dojrzewamy do tego, by właśnie w kwestii ochrony zdrowia wypracować kompromis.

Odziedziczył pan po poprzedniku program olbrzymich zmian, reformę powołującą sieć szpitali. Będzie pan ją kontynuował?

Tak, choć z modyfikacjami. Zresztą sami autorzy reformy podkreślali od początku, że po pierwszych miesiącach trzeba będzie przeanalizować efekty i wprowadzić korekty.

BEZ AOS NIE MOŻNA MARZYĆ

O SZYBKIM SKRACANIU KOLEJEK,

A NA TYM NAM PRZECIEŻ ZALEŻY

Zakładali także, że obecna AOS będzie podlegała rozbiorowi, że część jej kompetencji przejmie POZ, a część poradnie przyszpitalne.

A ja nie jestem pewien, czy dokonywanie tego typu rozbioru było konieczne.

Ale zapowiadano, że już teraz ma nastąpić kontraktowanie, które taki podział przypieczętuje, zapoczątkuje zmiany w tym kierunku.

To planowane kontraktowanie trzeba przesunąć. Jest po temu kilka powodów. Po pierwsze – nie wszystkie szpitale radzą sobie z szybkim uruchomieniem poradni przyszpitalnych na odpowiednim poziomie. To jeden z wniosków, które płyną z obserwacji wdrażania reformy sieciowej. Po drugie – nie jesteśmy pewni, czy POZ jest w stanie przejąć odpowiednią opiekę specjalistyczną nad wszystkimi pacjentami. Wątpliwości zgłaszają w tym wypadku także sami lekarze rodzeni. Trwa pilotaż ustawy o POZ. Więcej będziemy wiedzieli po jego zakończeniu. Po trzecie – bez AOS nie można marzyć o szybkim skracaniu kolejek, a na tym nam przecież zależy. Dzisiejsze przychodnie specjalistyczne mają odpowiedni sprzęt, kadry, zaufanie pacjentów, na które pracowały latami. Nie do końca rozumiem, dlaczego mielibyśmy podejmować ryzyko utraty tych wartości. Tę sprawę trzeba ponownie rozważyć.

I kontraktowanie przesunąć. Czyli czeka nas kolejne aneksowanie, rozwiązanie prowizoryczne.

Obecnie nie ma lepszego rozwiązania. Oczywiście nie można kontraktowania przesunąć w nieskończoność, ale w tej sytuacji nie ma lepszego wyjścia niż uzyskanie czasu na ponowne zdefiniowanie warunków kontraktowania – pod kątem celów, które chcemy osiągnąć.

Mowa jest także o zaproponowaniu czegoś na kształt supersieci. Od dawna słychać, że sieć obejmuje za dużą liczbę szpitali, że istnieje potrzeba wyróżnienia w niej tych najbardziej strategicznych dla systemu. I zaferowania im innych zasad funkcjonowania.

Tego nie potwierdzam. Nie ma takiego pomysłu. Nie będziemy powoływać żadnej supersieci, prócz istniejącej.



Fot. Przemek Wierchowski/Agencja Gazeta

ZAMIERZAM MOCNIEJ WYKORZYSTAĆ

POZYCJĘ WŁAŚCICIELSKĄ MINISTRA

DO ŚCIŚLEJSZEJ WSPÓŁPRACY

Z INSTYTUTAMI

A czy taką supersiecią w skali jednej dziedziny nie ma się stać Narodowy Instytut Onkologii? Jak on ma wyglądać? Kilka lat temu był podobny pomysł: by szpitale COI połączyć instytucjonalnie ze szpitalem w Bydgoszczy i dać im specjalne uprawnienia.

Nie, nie. Nasz pomysł na Narodowy Instytut Onkologii nie ma z tamtym nic wspólnego. Proszę sobie nie wyobrażać, że ten instytut będzie wyglądał tak jak Centrum Zdrowia Dziecka czy inne jednostki. NIO to będzie raczej zespół czytelnych procedur, system referencyjny obejmujący cały kraj, wprowadzający czytelny podział między wieloma jednostkami w całym kraju, dotyczący przekazywania sobie pacjenta z ośrodków o niższej referencyjności do wyższej i z powrotem.

Czyli w gruncie rzeczy każdy pacjent z diagnozą nowotworową ma zostać pacjentem Narodowego Instytutu Onkologii – jakiejś lokalnej czy regionalnej odnogi systemu budowanego przez instytut?

Tęgo właśnie byśmy chcieli. I skutecznej kontroli jakości leczenia.

Pomówmy o innych instytutach. Minister zdrowia to dla nich organ sprawujący nadzór właścicielski. Co zrobi pan z ich długami?

Sprawa wymaga dokładnego przeanalizowania. Skala zadłużenia nie może dziwić, gdy weźmie się pod uwa-

gę, że instytuty to placówki o najwyższym poziomie referencyjności. Przy obowiązujących do niedawna wycenach właśnie te placówki zadłużały się w pierwszej kolejności. Wspólnie z dyrektorami instytutów chcemy najpierw przyrzeć się właśnie sprawie wycen.

Wyceny to chyba jedna z najtrudniejszych spraw. Dlaczego, na przykład, wszyscy zgadzają się co do tego, że te w pediatrii są za niskie, a jednocześnie nikt ich nie zmienia?

Na pewno będziemy je zmieniać. Jednak gdy tylko zobaczyłem materiał, na jakim pracuje Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, od razu pojawił się kłopot. W ankiecie same szpitale podały dość niskie wyceny. I na tej podstawie AOTMiT ustaliła swoje taryfy. Teraz chcielibyśmy to zmienić.

Jest w tym mechanizmie coś wadliwego – szpitale wypełniają ankiety, AOTMiT przepisuje to, co znalazł w ankietach. I niczego nie weryfikuje? To po co w ogóle jest AOTMiT?

Z pewnością proces taryfikacji należy szybko usprawnić. Jednak w tym procesie jest rola do odegrania nie tylko dla AOTMiT, ale i zainteresowanych podmiotów, a także samego Ministerstwa Zdrowia. Zamierzam mocniej wykorzystać pozycję właścicielską ministra do ściślejszej współpracy z podległymi resortowi instytutami. Są to jednostki o najwyższej referencyjności, najlepiej orientujące się w kosztach świadczeń. Można rozważyć wyróżnienie ich roli w doprowadzeniu do szybkiej i właściwej wyceny świadczeń w Polsce.

Pomówmy o pieniądzach na cały system ochrony zdrowia. Prawo i Sprawiedliwość szło do wyborów z hasłem podniesienia ich do poziomu 6% PKB. Dziś żądanie to zapisano w formie ustawowej. Skąd wziąć na to pieniądze? Podnieść składkę?

Takie rozwiązanie ma swoich zwolenników, ale i przeciwników.

To może zrównać obciążenia rolników w KRUS z tymi, które mają obywatele rozliczający się z ZUS?

To rozwiązanie też ma przeciwników. Nie podam dzisiaj konkretnej odpowiedzi na pytanie, skąd wziąć pieniądze na zwiększone wydatki na zdrowie. To zadanie, przed którym stoi cały rząd. Dziś wiemy, że decyzja jest na tak. I nie wyobrażam sobie sytuacji, że te środki nie zostaną znalezione.

Rozmawiał Bartłomiej Leśniewski