



Zarzucanie sieci

– Panie ministrze, w świetle ostatnich zmian personalnych nietaktem byłoby pytać, jak długo pozostanie pan na tym stanowisku. Wiadomo jednak, że skoro wybory mają odbyć się już za rok, to pańskie urzędowanie może być krótkie. Co pan chce zrobić dla służby zdrowia w ciągu roku?

– Chcę działać na rzecz ustabilizowania systemu, który w bólach przechodzi z kas chorych na system oparty na Narodowym Funduszu. Na pewno konieczne będzie dopracowanie rozporządzeń wykonawczych, czy nawet modyfikacje ustawy o funduszu, aby przejście było w miarę łagodne. Drugi cel to przygotowanie jednostek do dobrego kontraktowania usług na rok 2004. I trzeci – przygotowanie urzędu, którym kieruję, do nowych warunków, w tym przede wszystkim związanych z wejściem polskiej medycyny do Unii Europejskiej. Praktycznie w każdym departamencie powinny znaleźć się osoby, które czują i rozumieją problematykę UE.

– Jest pan pierwszym ministrem, który będzie pracował w systemie dwuwładzy: obok pana działa prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, który dysponuje 10-krotnie większym budżetem. Nie obawia się pan spórów kompetencyjnych?

– Nie. Ponieważ nie powtórzą się już zarzuty, że ministerstwo czegoś nie dopilnowało, podczas gdy leżało to w kompetencji lokalnej kasy chorych. Będę mógł się skoncentrować na działalności prawodawczej, nie będę odpowiadał za nie swoje błędy. Jednocześnie, zgodnie z ustawą, ministerstwo będzie prowadziło politykę zdrowotną, w części przy udziale środków Funduszu oraz kontrolowało, razem z Radą Funduszu, jego działalność. Jeśli

ustawa będzie realizowana, a nie ma przesłanek, by było inaczej, to na pewno współpraca ministra z prezesem NFZ wyjdzie polskiej medycynie na zdrowie.

– Czy zdąży pan uporządkować politykę lekową? Jej nieprzejrzystość jest przecież jedną z przyczyn ostatnich afer.

– Pierwsze kroki porządkujące zaległości zostały już poczynione. Na stanowiskach są już osoby odpowiedzialne za ten segment działalności. Przygotowujemy się do opublikowania dokumentu, precyzującego zasady polityki lekowej państwa. Zgodnie z ustawą, w końcu czerwca prześlemy do konsultacji po raz pierwszy listę leków refundowanych, a drugi raz – w końcu roku. Musimy jednak mieć także na uwadze olbrzymie koszty, jakie generuje ten segment leczenia – 7–18 proc. kosztów stałych przeznaczanych jest na leki. Pojawi się pytanie, czy stać nas na najdroższe metody leczenia.

– Planuje pan podobną akcję, jaką podjął swego czasu minister Łapiński, usiłując wymusić od koncernów farmaceutycznych obniżki cen leków?

– Nie chcę żadnych akcji... Natomiast na pewno będę preferował takie kształcenie, zwłaszcza lekarzy pierwszego kontaktu, które położy duży nacisk na farmakoekonomikę i edukację zespołów terapeutycznych. Lekarz powinien w terapii korzystać ze współpracy z farmakologiem klinicznym i terapeutą. Miałem takie zespoły w szpitalu, którymi kierowałem i okazywało się, że ich działalność pozwalała znacząco obniżyć koszty. Jestem poznaniakiem, a my lubimy konkretne działanie, a nie akcje i fajerwerki.

Rozmowa z dr. Leszkiem Sikorskim, ministrem zdrowia

Od lewej: minister zdrowia Leszek Sikorski, Zbigniewa Nowodworska, Janusz Michalak WPROST
(fot. Krzysztof Jankowski/Tamtam)

– Uspokoił pan firmy farmaceutyczne.

– Zaraz niektóre zmartwię... Nie będziemy tolerować sytuacji, że finansujemy leczenie specyfikami, co do którego skuteczności istnieją poważne wątpliwości. Współczesna medycyna opiera się na faktach, na badaniach, które niejednokrotnie podważają wiarygodność triali prezentowanych przez firmy.

– Ile jest, pańskim zdaniem, takich leków na naszym rynku?

– Są opracowania, które dowodzą, że jedynie co 5. lek, który wchodzi na rynek zostaje po latach pozytywnie zweryfikowany... Jednak konkrety wolałbym pozostawić specjalistom. Zapewniam jedynie, że my w ministerstwie będziemy się krytycznie przyglądać wprowadzającym nowościom, aby nie eksperymentować na pacjentach i na budżecie. W obecnej sytuacji ekonomicznej nas po prostu na to nie stać.

– W USA i Kanadzie powiązanie przepisywanych leków z pacjentem i z apteką pozwoliło na skuteczne monitorowanie przepływu środków finansowych i na zahamowanie gwałtownego wzrostu kosztów leków. Czy my też będziemy mogli na to liczyć?

– Liczę na pewien postęp w tej dziedzinie przy realizowaniu programu rejestru usług medycznych w ramach umowy offsetowej. Mamy nieco ponad 100 dni na przygotowanie odpowiedniej aplikacji. Jeśli uda się dzięki temu wprowadzić rejestr, to na pewno zaczniemy uzyskiwać duże oszczędności.

– Jakie programy profilaktyki zdrowotnej będzie pan promował?

– Trzeba skupić się na rozwiązywaniu najważniejszych problemów. Dlatego pierwszym programem, który uruchomimy, będzie kardiologia z neurologią. Grupa ekspertów opracowała program POLKARD, który jest właściwie przyjęty, tylko czeka na modyfikację. Drugim programem preferencyjnym jest ratownictwo medyczne. Nie możemy dopuścić do tego, żeby 3-letnie prace nad tym programem poszły na marne, żeby nie wykorzystywać potencjału 54 akredytowanych ośrodków ratownictwa i 240 nowych lekarzy, którzy uzyskali tę specjalność.

– Czy powstanie tak długo zapowiadana sieć szpitali?

– Oczywiście, że powstanie. Najpierw jednak musimy przekonsultować kryteria, które będą decydowały o znalezieniu się danego szpitala w sieci. Opierać się one będą na opracowanych planach zdrowotnych w danym regionie i możliwościach technicznych. Projekt tych kryteriów jest zawieszony w Internecie na stronach ministerstwa. Sieć nie powstanie decyzją administracyjną. W społeczeństwie obywatelskim zdecydują o niej obecni właściciele szpitali, samorządy powiatowe i wojewódzkie.

– Czy sieć zostanie wprowadzona drogą specjalnej ustawy?

– Będzie to zmiana ustawy o zoz-ach. Projekt jest opracowywany przez powołany przez premiera zespół międzyresortowy, pod przewodnictwem wiceministra Maśłowskiego. Pierwsze propozycje uzgodnień będą na początku czerwca, a w końcu czerwca przedstawimy projekt

ustawy o zoz-ach, w którym znajdzie się delegacja do tworzenia sieci.

– Czekają nas więc w tej sprawie ciężkie i długie dyskusje, protesty lokalnych społeczności i... słoń może zrodzić muchę: żadna sieć w dającej się przewidzieć przyszłości nie powstanie. Czy wierzy pan, że jakkolwiek samorząd zgodzi się na zamknięcie swoich szpitali?

– A czy jest inna możliwość?! To tak, jak z tworzeniem sieci placówek edukacyjnych. Mogę sobie wyobrazić społeczność, która mówi w tej sprawie *nie*. Wtedy trzeba będzie też wziąć pod uwagę interesy innej społeczności, może nieco większej, np. nie gminnej, a powiatowej lub wojewódzkiej, w której interesy uderza brak takiej decyzji. Jednak nie ma innej drogi, żyjemy w państwie demokratycznym i nie możemy narzucać niczego samorządom.

– Jaka będzie przyszłość szpitali, które nie znajdują się w sieci?

– Mam nadzieję, że dadzą sobie radę. Choćby dlatego, że rozwiną się ubezpieczenia dodatkowe. Wtedy taki szpital, będący poza siecią, będzie mógł np. podpisać umowę z ubezpieczycielem i leczyć, np. w warunkach o podwyższonym standardzie.

– Ubezpieczenia takie mają sens jedynie wtedy, gdy określony zostanie koszyk świadczeń, które przysługują pacjentom w ramach ubezpieczenia powszechnego. Za jakim koszykiem pan się opowiada, tzw. pozytywnym czy negatywnym?

– Jeszcze za wcześnie na takie konkrety. Pracuje zespół, który zarekomenduje nam najlepsze rozwiązanie. Na razie mogę tylko zapewnić, że bardzo mi zależy na tych ubezpieczeniach, bo mogą one odciągnąć pacjentów z przeciążonego systemu publicznego. Musimy jednak mieć świadomość, że nie będą one *panaceum* na trudną sytuację w służbie zdrowia.

– Czy przewiduje pan wprowadzenie zasady współpłacenia za leczenie przez pacjentów korzystających z systemu powszechnego?

– Dzisiaj jeszcze za wcześnie na podjęcie takiej decyzji. Przeciętny Kowalski nie jest przygotowany na dyskusję na ten temat, bo uważa, że pod płaszczykiem każdej zmiany leży chęć wyciągnięcia od niego pieniędzy. On musi dostać rzetelne rozliczenie, żeby wiedział, za co płaci i co powinien za to dostać.

– A więc koszyk...

– Należy przedtem jeszcze zrobić parę rzeczy. Trzeba umieć dobrze policzyć koszty. Samorządowcy mówią o tym od dawna, że trzeba bilansować zadania z pieniędzmi, jakie się na nie otrzymuje.

– Aby policzyć na co nas stać, wystarczy podzielić powiedzmy 36 mld zł, które przeznaczamy na zdrowie,

przez liczbę 38 mln Polaków. I od razu widać, że na leczenie obywatela mamy na rok żenująco mało – poniżej 1 tys. zł.

– Stawka *per capita* w 2002 r. na jednego mieszkańca Polski wynosiła 742 zł. Wyższą stawkę miały Mazowsze i Śląsk – na poziomie 830–1 000 zł i o 19 zł więcej Wielkopolska. Jednak pozostałe 13 kas nie otrzymało o wiele mniej pieniędzy. Proszę teraz zobaczyć, że sytuacja u nich wcale nie jest taka sama. Wielkopolska, która finansuje wiele szpitali klinicznych, jest zadłużona najmniej. Strata na rok 2002 wynosi 12 mln, a zobowiązania są na poziomie 70 kilku mln. Okazuje się więc, że nawet przy tak małych środkach – zwłaszcza w porównaniu do państw zachodnioeuropejskich czy USA – można funkcjonować mniej lub bardziej racjonalnie.

– Panie ministrze, czy pan wie, jakie są długi naszych szpitali?

– Jeśli pytacie państwo o stan na dziś, to nie wiem dokładnie. Dysponujemy danymi na dzień 30 czerwca minionego roku. Wówczas dług wynosił 5,6 mld zł, z czego 3,4 mld zł były długiem wymagalnym, a 2,2 mld zł – niewymagalnym. Obecnie są dopiero badane bilanse szpitali za rok 2002. Przyznaję, że nie dysponujemy zbiorem danych dotyczących każdej placówki. Jest to jedna z konsekwencji bierności organów założycielskich i samodzielności poszczególnych podmiotów, i tego, że zadłużenie bywa traktowane jak tajemnica handlowa.

– Co zrobicie z tym długiem?

– Na pewno nie będziemy przyglądać się sytuacji z boku, nie angażując się – przy pomocy dostępnych instrumentów – we wspieranie jednostek, które na to zasługują. Jednak przejęcie tego zadłużenia przez budżet jest niemożliwe, zarówno pod względem prawnym, jak i finansowym. W Wielkopolsce w 2001 roku było 26 zadłużonych placówek, a rok później już tylko 10. Udało się nam zmniejszyć zadłużenie kosztem ciężkiej pracy ludzi, i ciągłego analizowania kosztów. Okazuje się więc, że można to zrobić. Proszę zwrócić uwagę, że jedynie 50 placówek szpitalnych w Polsce generuje aż 38 proc. całego zadłużenia.

– Trzeba więc natychmiast zmienić ich *management*.

– Ta sytuacja zależy też od nadzoru lub jego braku ze strony organów założycielskich. Zarządzanie placówkami medycznymi okazuje się niezwykle ważne. W jednych regionach udaje się ono lepiej, w innych gorzej. Nie chciałbym tu znowu epatować przykładem Wielkopolski, ale w 2001 roku dostaliśmy jedynie 12 proc. środków, które otrzymały inne województwa na programy restrukturyzacyjne, a mimo to sytuacja tutaj jest nieporównanie lepsza.

Rozmawiali
Janusz Michalak
i Zbigniewa Nowodworska