

A close-up portrait of Beata Matecka-Libera, a woman with short blonde hair, looking thoughtfully to the left. Her hand is resting under her chin, and she is wearing a black top and a black watch. The background is a blurred pattern of blue and brown.

# Koszyk tak, sieci nie

Rozmowa z Beatą Matecką-Liberą (PO),  
zastępcą przewodniczącego Sejmowej  
Komisji Zdrowia

Co jest w tej chwili najważniejszą sprawą w pracach komisji?

Obecnie pracujemy nad nowelizacją ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, tzw. *koszykiem*, ustawą wprowadzającą, której celem jest realizacja trzech niezawetowanych przez prezydenta ustaw zdrowotnych o akredytacji, konsultantach i prawach pacjenta.

W ramach Komisji Zdrowia Publicznego rozpoczynamy pracę nad tzw. ustawą *tytoniową* mającą na celu ochronę osób niepalących. W planach mamy rozpoczęcie prac nad projektem ustawy o zdrowiu publicznym, która uporządkuje i wskaże priorytety ochrony zdrowia, a także uczyni ze zdrowia publicznego podstawę systemu opieki zdrowotnej. I to są kierunki działań, którymi posłowie Komisji Zdrowia będą się w najbliższym czasie zajmować.

Po zakończeniu prac nad ustawą *koszykową*, którymi obecnie kieruję, zapewne rozpoczniemy pracę nad dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi. To kolejny konsekwentny krok i realizacja naszego programu zdrowotnego. Obecnie prace w podkomisji posuwają się do przodu, są merytoryczne, mniej w nich polityki. To dobrze rokuje dla ustawy. Nie widzę bowiem krytyki i niechęci ze strony opozycji. Chyba wszyscy się zgadzamy, że praca nad tą ustawą to właściwy kierunek zmian.

**Dotychczas nikomu nie udało się wprowadzić *koszyka*.**

My mamy duże szanse. Nowela ustawy reguluje mechanizmy tworzenia i transparentności katalogu pozytywnego koszyka świadczeń medycznych. Ścisłe określa zasady i tryby kwalifikacji tych świadczeń. Na tej podstawie minister zdrowia wyda rozporządzenia z wykazem świadczeń gwarantowanych finansowanych i współfinansowanych ze środków publicznych.

**Skoro koszyk funkcjonuje, po co tworzyć nowe prawo?**

Ponieważ teraz o jego zawartości (koszyka) w praktyce przesądza Narodowy Fundusz Zdrowia. To prezes decyduje, czy dane świadczenie jest finansowane. Nam chodzi o to, by konkretne świadczenia i procedury oceniane były przez odpowiednią agencję, na klarownych i przejrzystych zasadach.

Nowa ustawa powołuje takie procedury postępowania, które będą wymagały bardzo dokładnej i rzetelnej oceny eksperckiej. Da to gwarancję, że nie będzie można w sposób prosty wykreślić świadczenia gwarantowanego. Niemożliwe będzie na przykład dokonywanie zmian przez jedną osobę, potrzebna będzie zgoda przynajmniej dwóch podmiotów.

Wierzy pani, że da się takie kryteria ustanowić?

To trudne, ale możliwe.

**Ale to rząd będzie obwiniany, jeśli jakaś procedura nie znajdzie się w koszyku. Rozpocznie się nagonka prasowa, protesty pacjentów itd. Trudno przewidzieć scenariusz. Który rząd to wytrzyma?**

W przypadku większości decyzji podejmowanych w ochronie zdrowia trzeba się liczyć z ryzykiem krytyki, czasem bardzo ostrej. Ale bezruch, brak decyzji, pozostawianie spraw własnemu biegowi także są ryzykowne. Przecież i dzisiaj mamy również do czynienia z nagonkami, a jednocześnie wszyscy oczekują radykalnych zmian systemu.

„ Dzisiaj o zawartości koszyka w praktyce przesądza Narodowy Fundusz Zdrowia. Nam chodzi o to, by konkretne świadczenia i procedury oceniane były przez odpowiednią agencję ”

**Powodem tworzenia koszyka jest umożliwienie dofinansowania systemu za pośrednictwem ubezpieczeń, czyli wprowadzenie na rynek firm ubezpieczeniowych.**

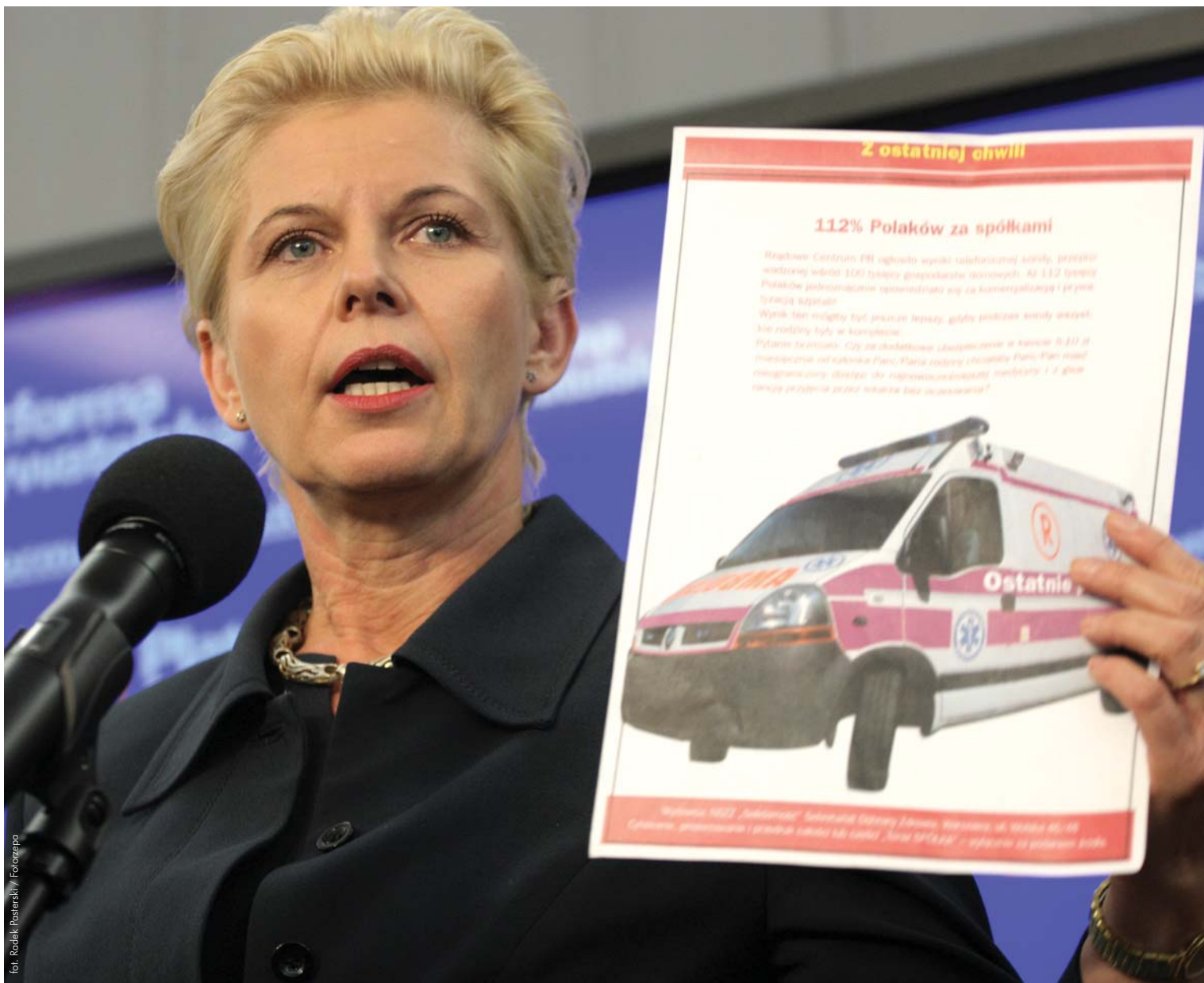
Tak. Mówimy już o kolejnej ustawie, nad którą będziemy pracować, która umożliwi poprawę efektywności funkcjonowania świadczeniodawców, a także zwiększy dostęp do lepszej opieki pacjenta.

**Wszystkie przeprowadzone do tej pory badania wykazywały jednak, że ludzie nie są skłonni dodatkowo się ubezpieczać. W takim razie, po co koszyk?**

Gdy chodzi o dodatkowe ubezpieczenia, koszyk jest zaledwie początkiem drogi. Zmiana systemu ubezpieczeń zdrowotnych to ważny kierunek w ochronie zdrowia, wiążący się też ze zmianą świadomości społeczeństwa.

Pora, abyśmy wszyscy zaczęli inwestować w swoje zdrowie. Inwestować, tzn. dbać o nie – odpowiednio się odżywiać, prowadzić zdrowy tryb życia, chodzić na badania profilaktyczne, a także zrozumieć potrzebę dodatkowych ubezpieczeń. Dziś dbamy





o swoje dobra – domy, samochody, a najmniej myślimy o nas samych, a zdrowie to przecież najcenniejsza nasza wartość. Nad swoją kondycją zastanawiamy się dopiero wtedy, gdy jesteśmy chorzy. Pora to zmienić.

**To również chcecie załatwić ustawowo?**

Ustawa to mało, ale na pewno pomoże skoordynować wysiłek wielu podmiotów odpowiedzialnych za zdrowie publiczne. Rzeczywiście, chcemy rozpocząć prace nad odpowiednim dokumentem i mamy nadzieję, że to nam się uda. Zdrowie publiczne to podstawa całej polityki zdrowotnej państwa. Odpowiada za nie nie tylko minister zdrowia, ale wiele resortów mających wpływ na ten obszar – środowiska, gospodarki, edukacji. Musi więc powstać zespół ludzi działających ponadsektorowo, którzy zechcą zająć się

tym tematem i uznać go za równie ważny, jak gorące tematy gospodarki i edukacji. Będziemy też stymulować te procesy, które nie są bezpośrednio związane z legislacją.

**Oprócz rządu i Sejmu jest trzeci ośrodek – w czerwcu prezydent przedstawi własny program reform zdrowotnych. Może to dobry znak? Opozycja dotychczas wyłącznie krytykowała propozycje rządowe. Przedstawiając własne, otworzy pole do dialogu.**

Z jednej strony, myślę, że najlepszy czas na zgłaszanie prezydenckich propozycji był dwa lata temu. Wtedy prezydent mógł własnymi pomysłami wesprzeć swój rząd. Ale z drugiej strony, jestem ciekawa, na czym te projekty będą polegały – jaki będzie stopień ich innowacyjności.

**A kwestia sieci szpitali? Na tym zależało PiS, gdy było u władzy.**

Odrzuciliśmy tę ustawę, ponieważ zawsze sprzeciwialiśmy się tej koncepcji. W ubiegłej kadencji jako przedstawiciel PO byłam odpowiedzialna za losy ustawy o szpitalach sieciowych, i już wtedy ostro ją krytykowaliśmy. Bo to jest tak naprawdę ręczne sterowanie, kto ma być w sieci, a kto nie. Sieć szpitali zakłada centralizację opieki szpitalnej i wprowadzenie dodatkowych struktur administracji publicznej. Koncepcja taka jest niezgodna z naszymi wolnorynkowymi założeniami.

Zgadzam się, że jest potrzebne ponadpartyjne porozumienie dla zdrowia i opracowanie długofalowego planu z udziałem opozycji. Uważam, że jeżeli taki projekt byłby oparty na konkretnych danych, potrafilibyśmy się porozumieć. Jednak odpowiedzialność za kształt ochrony zdrowia spoczywa na rządzie i rządzącej partii – dlatego też będziemy dążyć do realizacji naszego programu.

Mamy dodatkowy problem: powinniśmy rozmawiać na argumenty, na podstawie konkretnych danych. Tyle, że tych danych – twardych, dobrze usystematyzowanych – nie ma.

**Czyli porozumienia ponad podziałami nie będzie, bo nie potrafimy zebrać i uporządkować danych? Były przecież podejmowane dwie próby i obie się nie powiodły.**

Moim zdaniem, nie ma sensu przygotowywanie okrągłych stołów, kwadratowych krzeseł i debatowanie godzinami, skoro nie ma zebranych danych. To one są przecież podstawą przygotowania strategii i modelu ochrony zdrowia. Na ich podstawie decydujemy o priorytetach w ochronie zdrowia – o programach zdrowotnych, potrzebach sprzętowych, specjalistach.

Z przerażeniem słuchałam, jak nikły jest stopień informatyzacji, jak niespójną i mało wiarygodną bazą danych dysponujemy. Dopiero w oparciu o rzetelne dane możemy określać rzeczywiste potrzeby – i wtedy możemy usiąść do merytorycznej i ponadpartijnej debaty.

**Kto powinien zatem zebrać dane?**

Minister zdrowia. Już rozpoczęto prace nad projektem ustawy dotyczącym informatyzacji w ochronie zdrowia. Ta wiedza jest konieczna, bez niej kształcimy lekarzy w poszczególnych specjalizacjach, a naprawdę nie wiemy, czy to właśnie te specjalizacje są nam potrzebne.

**To najważniejszy powód ciągłego niedoboru lekarzy w deficytowych specjalnościach?**

Jeden z wielu. Innym jest luka pokoleniowa, która powstała w wielu specjalizacjach kilka czy nawet kilka-

naście lat temu. W tym zawodzie pracują lekarze wiekowo bardzo zaawansowani i bardzo młodzi. Brakuje specjalistów – 30–40-latków. Lekarze na kongresach tłumaczą, że stało się tak dlatego, ponieważ ci w wieku średnim wyjechali do pracy za granicą. Mają rację, ale tylko częściowo. Pamiętam, że jako dyrektor szpitala miałam olbrzymie kłopoty, żeby wykształcić lekarza w specjalizacji deficytowej w regionie. Nie dlatego, że brakowało chętnych, czy szpitali z miejscami do kształcenia.

„ Zawsze sprzeciwialiśmy się koncepcji sieci szpitali. To jest tak naprawdę ręczne sterowanie. Taka koncepcja jest niezgodna z naszymi wolnorynkowymi założeniami ”

**Czyli typowa blokada środowiskowa?**

Chyba tak. Z drobną poprawką. Są specjalizacje, które nigdy nie cieszyły się popularnością – np. patomorfologia. W tym przypadku nie było blokady, lecz brak zainteresowania. Do dziś potrzebne są dodatkowe zachęty dla lekarzy tych specjalności, np. wyższe wynagrodzenie. Już obecnie zróżnicowaliśmy uposażenia rezydentów w zależności od czasu trwania stażu, a także kierunku specjalizacji. To krok w dobrą stronę.

**Czy powinien być jeden scentralizowany fundusz dzielący publiczne pieniądze na ochronę zdrowia?**

Uważam, że źle się stało, że zniknęły kasy chorych. Gdyby sukcesywnie poprawiały zarządzanie, dzisiaj bylibyśmy w innym, lepszym miejscu. Nie pochwalam tego, że jest jeden płatnik. Jednak to jest faktem. Niezależnie od tego, czy jest jeden czy szesnaście oddziałów, najważniejsze, żeby był publiczny płatnik i uporządkowany system świadczeń gwarantowanych. A także konkurencyjność wśród ubezpieczycieli.

*Rozmawiał Janusz Michalak*