

# CHCIAŁABYM BYĆ SOBĄ

Rozmowa z Ewą Kopacz,  
minister zdrowia

**Będzie pani ministrem zdrowia po wyborach?**

Najpierw Platforma musi te wybory wygrać.

**A gdyby wygrała?**

Mam nadzieję, że tak będzie. Ale to nie minister chce być ministrem, tylko dostaje taką propozycję od premiera.

**A wolałaby pani zostać ministrem czy marszałkiem Sejmu, bo podobno na to stanowisko rozważa się pani kandydaturę?**

Najchętniej pozostałabym sobą i cieszę się, że przez cztery lata w resorcie mi się to udało.

**Teraz pozostało pani już tylko czekać do wyborów...**

To nie oznacza, że w resorcie nic się nie będzie działo.

**Powszechna opinia jest taka, że nic...**

Wręcz przeciwnie. Właśnie ogłosiliśmy plan finansowy na przyszły rok, z którego jasno wynika, że będzie więcej pieniędzy na ochronę zdrowia. Dofinansujemy te działy medycyny, które do tej pory były niedoszacowane, czyli przede wszystkim SOR-y, psychiatrię, opiekę długoterminową. Wprowadzamy referencyjność, co spowoduje, że zyskają placówki wykonujące procedury wysokospecjalistyczne. I możemy zrobić to szybko, nie trzeba do tego ustawy. Przeszacujemy niektóre rodzaje zabiegów tak, by wreszcie zaczęły się opłacać, a placówki specjalizujące się w nich będą mogły przyjąć więcej pacjentów. Dzięki temu chory będzie miał pewność, że jest leczony w najlepszym szpitalu w kraju, specjalizującym się w danym typie zabie-



gów. Zależy mi na tym, by dobrze wyposażone szpitale, z wyszkoloną kadrą przestały wyrabiać kontrakt zabiegami, które można wykonać w szpitalach powiatowych, a skupiły się na tych, w których są najlepsze. To pozwoli skrócić kolejki.

**Zyskają więc szpitale kliniczne...**

Nie tylko. Ale pewnie tym szpitalom będzie łatwiej dostać wyższy stopień referencyjny, a tym samym trochę wyższy kontrakt.

**Wyższy o ile?**

O kilka procent.

**To miało być zawarte w ustawie o jakości...**

To trochę co innego. Ustawa o jakości zakłada, że na terenie danego województwa będzie skonsolidowa-

na opieka zdrowotna. Nie może być tak, że w odległości 50 km będą dublowały się oddziały szpitalne, które w dodatku zieją pustką. To marnotrawstwo pieniędzy. Trzeba skonsolidować cały system – nie tylko oddziały szpitalne, ale też AOS i POZ, tak by odpowiadały potrzebom zdrowotnym mieszkańców.

**Resort ma takie dane?**

Oczywiście. Mamy statystyki, które jasno pokazują chorobowość i zapadalność na danym terenie, ile potrzeba łóżek „ostrych”, a ile długoterminowych itp. Każde województwo na tej podstawie stworzyło plan zabezpieczenia zdrowotnego. Teraz wystarczy wdrożyć go w życie. Nie możemy pozwolić sobie na to, by z jednej strony stały puste łóżka, a z drugiej brakowało łóżek geriatrycznych, długoterminowych. To marnotrawstwo pieniędzy.



„ Najchętniej pozostałabym sobą i cieszę się, że przez cztery lata w resorcie mi się to udało ”

Tak, tylko od lat jest ten sam problem – wszyscy chcą w szpitalu dyżurować na „ostro”, mieć pracownię hemodynamiki, a nikt nie chce się przekształcić w ZOL. Ma pani pomysł, jak zmienić tę sytuację?

Wszyscy wiedzą, że to zależy od wyceny świadczeń, czyli mówiąc inaczej – jak płaci za nie NFZ. Dopóki „ostre” zabiegi będą się bardziej opłacały, sytuacja się nie zmieni. Dlatego prześlemy więcej pieniędzy na geriatricę i opiekę długoterminową i to już od przyszłego roku – zapisaliśmy to w planie finansowym, o którym mówiłam.

Czy powołanie Agencji Taryfikacji ma być sposobem, by wymuszać na NFZ wyższą wycenę tych najbardziej deficytowych świadczeń?

Nie chodzi o wymuszanie, ale z pewnością Agencja ograniczy w jakimś stopniu rolę NFZ, szczególnie w wycenie świadczeń. Dziś mamy do czynienia z sytuacją, gdy jedne świadczenia są przelicowane, a inne dramatycznie niedoszacowane. Trzeba to zmienić.

I ustalić obiektywny cennik...

Tak. Proszę jednak pamiętać, że Agencja będzie ustalała wartość punktową procedur. To, jaka będzie wartość punktu, zależy od NFZ – od budżetu, jakim będzie dysponować.

Kiedy Agencja Taryfikacji ma szansę zacząć działać?

Ustawa jest gotowa. Pewnie nie uda się jej przyjąć w tej kadencji Sejmu. Poza tym, kiedy już zaczną działać, trzeba też będzie poczekać na efekty jej pracy, w końcu do przejrzania i przedyskutowania ze środowiskami naukowymi jest kilka tysięcy procedur. To potrwa. Warto też pamiętać, że sama Agencja nie rozwiąże wszystkich problemów ochrony zdrowia. Równie ważne jest rzetelne liczenie kosztów w placówkach. To również zapisaliśmy w ustawie.

Jak rzetelnie liczyć koszty, skoro różne placówki rozliczają się inaczej – szpitale według JGP, AOS za poradę, a POZ według stawki kapitałowej? Coraz częściej słychać głosy, że stawka to ogromne nieporozumienie.

Dlatego zaczęliśmy to zmieniać i od lipca w AOS wprowadziliśmy system JGP. W dodatku za tą zmianą poszły większe pieniądze – w niektórych obszarach wycena wzrosła trzykrotnie. To ma odciążać najbardziej

kosztochłonny odcinek systemu, czyli szpitale. Marzy mi się zadaniowy POZ i dążymy do tego. Ostatnio udało się znaleźć dodatkowe pieniądze na podstawową opiekę. Nie daliśmy ich jednak w formie stawki, a na konkretne zadania – lepszą opiekę nad dziećmi i osobami starszymi. Umówiliśmy się także, że w sezonie grypowym będą większe pieniądze, bo i pracy jest więcej.

**Jest pani pewna, że te zmiany pozwolą skrócić kolejki? Na razie w AOS lekarze dostali więcej pieniędzy za mniej pracy...**

Wręcz odwrotnie. Te pół miliarda więcej na AOS zostało przeznaczone m.in. na dodatkowe procedury, które teraz mają być wykonywane w ambulatorium, a nie szpitalu, więc pracy będzie więcej. A jeśli chodzi o kolejki, to warto pamiętać, że to nieodłączny element wszystkich systemów ochrony zdrowia na świecie. U nas nie jest tak dramatycznie, jakby się mogło wydawać. Miałam okazję się o tym przekonać na spotkaniu europejskich ministrów zdrowia, które odbyło się w ramach naszej prezydencji. Jeśli ktoś nie wierzy, niech jedzie się leczyć do Wielkiej Brytanii czy Francji, sam zobaczy, że tam będzie czekać dłużej niż w Polsce. Jako minister robię wszystko, by kolejki były jak najkrótsze – dlatego m.in. wydałam rozporządzenia kolejkowe. Zapewniam, że za mojej kadencji w wielu obszarach czas oczekiwania się skrócił. Oczywiście, jest jeszcze dużo do zrobienia. Warto też sobie uzmysłowić, że system tworzą ludzie. Żaden minister nie jest w stanie wydać prawa, które wyeliminuje wpychanie znajomych poza kolejnością, nie ma ustawy, która zadekretuje życzliwość i empatię dla pacjenta. Warto popracować nad zmianą mentalności, zamiast ciągle narzekać na ministra zdrowia, system czy brak pieniędzy...

**Kolejnym pomysłem jest „sieć według Kopacz”, czyli dzielenie placówek na kategorię „a” i kategorię „b”.**

Nie będzie żadnej sieci. Kategoryzacja placówek to nasza reakcja na masowe powstawanie placówek – na samym tylko Mazowszu w ciągu ostatniego roku powstało 100 nowych podmiotów. Wszystkie zgłosiły się po pieniądze z NFZ. Chcemy po prostu ograniczyć podaż, nie ograniczając wolności gospodarczej. Dlatego nie będzie odmowy rejestracji podmiotu, ale za to wojewoda, znając potrzeby zdrowotne swoich mieszkańców, będzie mógł określić, czy dana placówka jest na jego terenie potrzebna – wtedy dostanie kategorię „a”, czy też nie – i wtedy dostanie kategorię „b”. Tylko placówki z kategorią „a” będą się mogły ubiegać o kontrakt z NFZ, reszta może działać na własny rachunek.

**Czy istniejące już placówki z automatu dostaną „a” czy będzie jakaś weryfikacja?**

Kategoryzacja będzie dotyczyć wszystkich placówek – przychodni, szpitali itp. To kolejny element uszczel-

niania systemu, poza rachunkiem kosztów czy referencyjnością. To, że ktoś otrzyma przy rejestracji kategorię „b”, nie eliminuje go przecież na stałe. Kiedy potrzeby zdrowotne się zmieniają, może nastąpić przekwalifikowanie.

**Pytanie o politykę lekową: firmy innowacyjne są zgodne, że ustawa refundacyjna jest korzystna dla leków generycznych i odetnie Polaków od nowoczesnego leczenia i innowacji.**

Nieprawda. Zależało mi na tym, by Polacy mniej dopłacali do leków. Nie zależało natomiast na wojnie z firmami farmaceutycznymi, co wielu mi zarzucało. Tymczasem obserwujemy ciekawą sytuację – mamy najtańsze leki w Europie, a jednocześnie polscy pacjenci dopłacają najwięcej. Dzięki negocjacjom cenowym udało nam się nieco obniżyć poziom dopłaty – z 36 proc. do 32 proc. To jednak nadal dużo. Moją ambicją jest zejść do poziomu 20 proc. Nie oznacza to, że chcemy refundować jedynie generyki. Chcemy refundować te leki, które są bezpieczne i skuteczne.

„ Wojewoda będzie mógł określić, czy dana placówka jest na jego terenie potrzebna – wtedy dostanie kategorię a, czy nie – i wtedy dostanie kategorię b. Tylko placówki z kategorią a będą się mogły ubiegać o kontrakt z NFZ ”

Mimo wielokrotnych zapowiedzi na listach refundacyjnych nie znalazły się jednak ani analogi długo działające, ani leki inkretynowe. Profesor Leszek Czupryniak, prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, wystosował nawet protest w tej sprawie.

Analogi długo działające nie znalazły się na liście, bo są wątpliwości co do bezpieczeństwa ich stosowania. EMA (Europejska Agencja Leków – przyp. red.) wezwała ich producenta do uzupełnienia dokumentacji. W Agencji Oceny Technologii Medycznych na rekomendację czeka program leczenia analogami długo działającymi. Podkreślam, lek musi być równie skuteczny co bezpieczny.

**Kiedy ten program ma szansę wejść w życie?**

O to proszę pytać w AOTM.

Rozmawiali: Agnieszka Katrynicz i Janusz Michalak