

**ZIMA WASZA,**

**WIOSNA NASZA**

Rozmowa z Piotrem Warczyńskim, wiceministrem zdrowia

**Opozycja ostatnio bardzo głośno mówi o projekcie utworzenia sieci szpitali, za które odpowiedzialne będzie państwo. Co pan sądzi o tej propozycji?**

Sam uczestniczyłem w pisaniu tego projektu, więc znam go od podszewki. To było wiele lat temu i już wtedy zdawali sobie sprawę, że trudno będzie wprowadzić ten pomysł w życie. Pozostajemy zatem w systemie rozproszonym – mam na myśli rozproszenie właścicielskie. Ewentualne utworzenie sieci szpitali wiązałoby się z ograniczeniem liczby podmiotów, w tym publicznych, które mogą do niej przystąpić. Wiemy, że w stosunku do potrzeb mamy pewien nadmiar łóżek czy też podmiotów leczniczych. Ale jest to nadmiar opieki krótkoterminowej przy jednoczesnym niedoborze opieki długoterminowej. Wyzwaniem jest więc stopniowe przekształcanie działalności podmiotów leczniczych, zwłaszcza mniejszych, by sprostały zapotrzebowaniom pacjentów – i tym dotyczącym świadczeń krótkoterminowych, i długoterminowych. Do tego dochodzi jeszcze system wczesnej rehabilitacji, bo przecież ważne jest, by pacjent jak najszybciej zaczął normalnie funkcjonować. Podsumowując – potrzebny jest system planowania opieki zdrowotnej, ale nie w formie sieci szpitali, lecz planów zapotrzebowania zdrowotnego, nad którymi aktualnie pracuje ministerstwo.

**Nie przejął pan wszystkich obowiązków poprzednika. Pana praca jest bardziej związana z zadaniami, jakie wykonywał pan w departamencie.**

Tak, nie było to przejście obowiązków po poprzedniku. Nastąpiło nowe rozdanie i na pierwszy rzut oka tych obowiązków nie mam zbyt wiele, bo nadzoruję departament organizacji ochrony zdrowia – ten, w którym byłem dyrektorem. Ale dodatkowo powierzono mi funkcję koordynatora wszystkich działań na tzw. otwarcie wiosenne, w którym chodzi m.in. o zadania związane ze skracaniem kolejek.

**Mógłby pan zdradzić więcej szczegółów tego wiosennego otwarcia?**

Pod tym hasłem kryje się właściwie dokonanie zmian na każdym poziomie systemu, czyli od podstawowej opieki zdrowotnej, poprzez ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, leczenie szpitalne, aż po onkologię. Podstawowa opieka zdrowotna z założenia powinna być strażnikiem nie tylko zdrowia swoich podopiecznych, lecz także finansów systemu ochrony zdrowia. Te elementy systemu w tej chwili nie dość dobrze funkcjonują, a wynika to z niekorzystnych zmian systemowych, które nieopatrzenie wprowadzano właściwie od czasów powstania tego systemu, czyli od 1999 r. Dotyczyły one zarówno finansowania, jak i organizacji. Analizy aktualnej działalności POZ pozwoliły na opracowanie propozycji zmian. Na pewno powinien się zmienić sposób finansowania z kapitacyjnego na kapitacyjno-zadaniowy. Idealem roz-

wiązaniem byłoby zwiększenie finansowania POZ, ale obecnie fundusze NFZ są takie, a nie inne i trzeba myśleć o tym, jak przesunąć pieniądze bez szkody dla innych obszarów ochrony zdrowia.

**Wracając do POZ – czy są plany rozszerzenia kompetencji lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej?**

Nie chodzi o to, by lekarze ci mieli większe kompetencje, bo je mają, są przecież specjalistami w swojej dziedzinie. Chodzi raczej o to, by mogli w większym stopniu wykorzystywać swoją wiedzę i mieli poszerzone możliwości w zakresie diagnostyki. Mam na myśli głównie listę badań, które mogliby wykonywać bez skierowania do specjalisty. Trzeba zweryfikować ich zakres, wstępne propozycje przedstawimy sami, ale oczywiście

**POTRZEBNY JEST SYSTEM**

**PLANOWANIA OPIEKI ZDROWOTNEJ,**

**ALE NIE W FORMIE SIECI SZPITALI,**

**LECZ W FORMIE PLANÓW**

**ZAPOTRZEBOWANIA ZDROWOTNEGO**

bez udziału lekarzy tego się nie zrobi. Zbyt często zapominamy, że lekarz rodzinny to specjalista i jest to bardzo trudna specjalizacja, bo obejmuje praktycznie wszystkie dziedziny medycyny. Trzeba również przypomnieć, że w krajach, w których ta opieka jest prawidłowo realizowana, prawie 80 proc. interwencji medycznych odbywa się na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

**Jakie inne działania – oprócz zmian w POZ – mogą pana zdaniem, pomóc w uporaniu się z problemem kolejek?**

W celu skrócenia kolejek dużo można zrobić samymi zmianami organizacyjnymi, niekoniecznie finansowymi. Na przykład poprzez wydłużenie możliwości zawierania kontraktów. Konieczne jest myślenie systemowe. Kolejnym ważnym zagadnieniem jest współpraca między lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej a specjalistą i szpitalem, wzajemne przekazywanie sobie informacji o pacjencie, szybkie ścieżki konsultacyjne czy diagnostyczne. Idealem rozwiązaniem wydaje się opieka zintegrowana, jednak jej wprowadzenie w kraju wolnego wyboru świadczeniodawcy to bardzo duże wyzwanie.


 fot. iStockphoto

Zakładając, że nam się jednak w niektórych kwestiach udaje – czy blisko nam, czy daleko do standardów europejskich i gdzie jest najwięcej do zrobienia?

Do standardów europejskich w zakresie leczenia zbliżamy się właściwie we wszystkich obszarach, ale moim zdaniem największej poprawy wymaga standard niemedyczny – wzajemnych relacji pomiędzy pacjentem a personelem medycznym – i to jest coś, co w naszej mentalności musi się zmienić. Jest to szczególnie widoczne w wypadku medialnych doniesień o nieprawidłowościach. Bardzo brakuje nam empatii w stosunku do pacjentów, brakuje partnerskiej relacji między lekarzem a chorym. Kolejnym obszarem wymagającym poprawy jest dostępność informacji dla pacjenta. Pacjent nie tylko nie zna swoich praw, ale nie wie, jak się poruszać w systemie, gdzie szukać pomocy, czuje się zagubiony i trzeba naprawdę bardzo popracować, by to zmienić. Tymczasem pacjent na wszystkich pozio-

**ZA HASŁEM**

**„WIOSENNE OTWARCIE”**

**KRYJE SIĘ PLAN DOKONANIA ZMIAN**

**NA KAŻDYM POZIOMIE SYSTEMU –**

**OD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ,**

**POPRAZ AMBULATORYJNĄ**

**OPIEKĘ SPECJALISTYCZNĄ,**

**LECZENIE SZPITALNE,**

**AŻ PO ONKOLOGIĘ.**

mach opieki powinien być prawie dosłownie prowadzony za rękę. Rolę przewodnika powinni odgrywać ci, którzy mają bezpośrednią styczność z pacjentem, czyli personel medyczny. Najlepiej byłoby, gdyby pacjent nie musiał sam szukać odpowiedniego specjalisty lub miejsca wykonania badania diagnostycznego. Powinien to robić – oczywiście za jego zgodą – personel medyczny. Jednak aby tak się stało, profesjonaliści medyczni muszą zostać wyposażeni w odpowiednią wiedzę i narzędzia. To już się zmienia. W NFZ trwają prace nad rozwojem internetowego informatora dla pacjentów. Projekty informatyczne realizowane są zgodnie z harmonogramem. Po pełnym zasileniu danymi, co oczywiście musi trwać, system informacji medycznej umożliwi zarówno pacjentowi, jak i lekarzowi dostęp do wszelkich informacji medycznych, czyli danych o wszystkich zdarzeniach, wizytach i ordynowanych lekach. Da także precyzyjną wiedzę, gdzie i na jakich zasadach się leczyć, gdzie naprawdę będą najkrótsze kolejki. Okazuje się jednak, że nadal dużym problemem jest wykluczenie cyfrowe – w niektórych miejscach wciąż nie można korzystać z internetu, co ogranicza dostęp do informacji, więc należy nadal utrzymywać, rozwijać i modyfikować tradycyjne formy jej przekazywania.

**Wiemy, że aby wprowadzić pewne zmiany, konieczna jest współpraca międzyresortowa, np. z ministrem pracy. Czy takie działania zostaną podjęte?**

Tak, choćby kwestia domów pomocy społecznej, których funkcje niewiele się różnią od zadań niektórych zakładów leczniczych opieki długoterminowej. Jeden z moich kolegów wiceministrów jest w stałym kontakcie z ministrem pracy. Pracujemy m.in. nad tym, jak w zadowalający sposób zapewnić opiekę medyczną w domach pomocy społecznej.

**Na zakończenie temat chyba najbardziej kontrowersyjny, ale też popularny – dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne.**

Znamy kontrowersje, wiemy, że politycy podnoszą zarzut dzielenia ludzi na biednych i bogatych, ale można tak zapisać regulacje dotyczące dodatkowych ubezpieczeń, żeby korzystali z nich także ci średnio i mało zarabiający. Oczywiście jest, że regulacja musi zapewnić pierwszeństwo dostępu do świadczeń osobom korzystającym z nich za pośrednictwem NFZ, a system ten musi być oddzielony od systemu publicznego. Chciałbym zwrócić uwagę, że systemy ubezpieczeń dodatkowych funkcjonują w większości krajów europejskich, zwłaszcza w tych o najlepszych systemach opieki zdrowotnej, i dzieje się tak nie bez powodu. Nie wywołują też tak wielkich dyskusji, mimo że funkcjonują w państwach bardzo socjalnych, np. w Skandynawii, we Francji. Wydaje mi się, że do ich wprowadzenia mamy jeszcze daleką drogę.

Rozmawiali Kamilla Gębska i Janusz Maciejowski