

Arłukowicz: w ciągu kilku tygodni przedstawię tzw. pakiet kolejkowy

[Bankier.pl](#) | 8.2.2014 | Rubryka: Bankier.pl - Firma - Factoring - Wiadomości | Strona: 0 | Temat: Prasa ogólnopolska - Ministerstwo Zdrowia

Zmiany w onkologii, podstawowym i specjalistycznym leczeniu, dodatkowe specjalizacje lekarskie oraz mapy zapotrzebowania zdrowotnego - to główne założenia tzw. pakietu kolejkowego; przedstawię go za kilka tygodni - zapowiada w wywiadzie dla PAP **minister zdrowia Bartosz Arłukowicz**.

PAP: Panie ministrze, kiedy pacjenci mogą spodziewać się poprawy w dostępie do świadczeń zdrowotnych?

Bartosz Arłukowicz: Kolejki do świadczeń są w Polsce problemem od wielu lat. Pracujemy nad tym, jak go rozwiązać, od poprzedniego roku stopniowo wprowadzamy zmiany. Tego nie da się zrobić nagle, zmieniając pojedyncze przepisy. Poprawa dostępności leczenia wymaga wielu zmian organizacyjnych, ale także i prawnych.

PAP: Czy ma pan już gotowe jakieś rozwiązania?

B.A.: Zmiana rozporządzenia dotyczącego szkolenia specjalizacyjnego - to był pierwszy krok, którego celem jest skrócenie czasu uzyskiwania specjalizacji. Zwiększenie liczby lekarzy specjalistów przyczyni się do poprawy dostępu do świadczeń. Jesienią tego roku wprowadzimy 10 nowych specjalizacji. Umożliwiamy też lekarzom z II stopniem specjalizacji z interny, pediatrii, chirurgii oraz ginekologii zrobienie bardziej szczegółowych specjalizacji tzw. szybką ścieżką. Przez cały ubiegły rok przygotowywaliśmy nowe programy specjalizacyjne - docelowo będzie ich 86.

Przygotowaliśmy także projekt ustawy, która umożliwi lekarzom internistom i pediatrom zakładanie placówek POZ. W parlamencie trwa burzliwa dyskusja nad tym projektem. Jestem zdeterminowany, by wprowadzić go w życie. Rodzice powinni mieć możliwość wyboru: czy ich dziećmi mają zajmować się pediatrzy, czy lekarze rodzinni. Pracujemy także nad zmianami w sposobie monitorowania kolejek przez NFZ. Za kilka tygodni przedstawię całościowy pakiet kolejkowy - rozwiązania prawne i organizacyjne.

PAP: Wśród przedstawianych przez pana pomysłów jedno z czołowych miejsc zajmowała reforma NFZ. Czy nadal chce pan ją przeprowadzić?

B.A.: Tak, to jest kluczowa reforma, ale każda poważna zmiana w funkcjonowaniu płatnika wymaga czasu. Zdecydowaliśmy, że zaczynamy reformowanie NFZ od prac nad wprowadzaniem regionalnych map zapotrzebowania zdrowotnego, na podstawie których oddziały Funduszu będą kontraktowały świadczenia. Wprowadzimy zmiany w wycenie procedur. Wycena musi być obiektywna i niezależna, powinien jej dokonywać zewnętrzny urząd. Zmiany organizacyjne wewnątrz NFZ będą dopiero którymś kolejnym etapem. Będziemy przeprowadzali reformę według naszych założeń, niezależnie od pohukiwań opozycji, od jej ponagłań i deklaracji o oczekiwaniu natychmiastowych i gwałtownych zmian. One muszą być wprowadzane w oparciu o rzetelne analizy.

PAP: Podtrzymuje pan zapowiedź likwidacji centrali NFZ? Czy Agencja Oceny Technologii Medycznych będzie dokonywała wyceny świadczeń?

B.A.: Tak jak wspomniałem, analizujemy różne rozwiązania, rozpatrujemy różne warianty. Musimy mieć pewność, że ta bardzo ważna i potrzebna reforma będzie przeprowadzona skutecznie i nie zaszkodzi pacjentom. W najbliższy miesiącach zaprezentujemy nasze propozycje.

PAP: Z reformą NFZ związane były zapowiedzi dotyczące wprowadzania dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Czy zapadła już decyzja w tej sprawie?

B.A.: Nie ma jeszcze takiej decyzji, toczy się publiczna dyskusja na temat dodatkowych ubezpieczeń. Na pewno nie zgodzę się na żaden projekt dyskryminujący pacjentów, których nie stać na wykupienie ubezpieczenia. Jeśli system dodatkowych ubezpieczeń ma w ogóle być wprowadzony, to trzeba go zbudować na zasadzie solidaryzmu społecznego. W żadnym przypadku nie może on utrudniać mniej zamożnym osobom dostępu do leczenia.

PAP: Jakie są główne założenia zmian w Podstawowej Opiece Zdrowotnej, które pan zapowiedział?

B.A.: POZ musi stanowić filar i podstawę całego systemu ochrony zdrowia. Zależy mi na tym, żeby każdy pacjent znał swojego lekarza rodzinnego, żeby był z nim w kontakcie. Niestety dzisiaj część pacjentów nie wie nawet, kto jest ich lekarzem rodzinnym. Trzeba odwrócić tę tendencję. Wbrew obiegowym opiniom, lekarz rodzinny ma prawo i obowiązek zdiagnozować pacjenta - może zlecić ponad 50 badań diagnostycznych, m.in. krwi, USG, EKG, RTG. Nie musi w każdym przypadku odsyłać go do specjalisty. Lekarz rodzinny ma także prawo wypisać pacjentowi z chorobą przewlekłą receptę na lek refundowany, bez konieczności odsyłania go do specjalisty.

PAP: Nie uważa pan, że system finansowania POZ oparty na stawce kapitałowej za każdego pacjenta sprawia, że lekarzom rodzinnym nie opłaca się zlecać badań, bo to wpływa na zmniejszenie ich zarobku?

B.A.: System finansowania POZ wymaga zmian. Chcemy zaproponować rozwiązania, które będą motywowały lekarzy rodzinnych do poszerzania diagnostyki, zapraszania do siebie nowych pacjentów i obejmowania opieką całych rodzin. Przygotowujemy dodatkowy system motywacyjny, ale o szczegółach będę informował już po zakończeniu prac.

PAP: Problem finansowania pojawia się także w Ambulatoryjnej Opiece Specjalistycznej, eksperci podkreślają, że zbyt wielu pacjentów z powodu kosztów leczenia odsyłanych jest niepotrzebnie z AOS do szpitali.

B.A.: Rzeczywiście, zbyt często niektóre badania diagnostyczne i zabiegi, które można wykonać w AOS, są niepotrzebnie wykonywane w szpitalach. W konsekwencji pacjenci, którzy mogliby być leczeni w AOS, zajmują łóżka przeznaczone dla chorych wymagających hospitalizacji. W wydanych rozporządzeniach koszykowych przesunęliśmy już część procedur ze szpitali do AOS. Zmieniamy wycenę w AOS, żeby lekarzom bardziej opłacało się zajmować pacjentem niż niepotrzebnie kierować go do szpitala.

PAP: Powołał pan zespół, który ma przygotować zmiany w funkcjonowaniu onkologii. Na czym mają one polegać?

B.A.: Leczenie nowotworów to jeden z najważniejszych problemów zdrowia publicznego w Polsce. Pomimo znacznego wzrostu finansowania leczenia onkologicznego w ostatnich latach i ogromnych nakładów na doposażenie ośrodków w nowoczesną, specjalistyczną aparaturę, w ostatnim czasie wydłużyły się kolejki pacjentów. Dlatego na pewno musimy wprowadzić zmiany organizacyjne i finansowe. Pracujemy nad tym w resorcie i w kilku zespołach eksperckich. Efekt tych prac zostanie zaprezentowany razem z tzw. pakietem kolejkowym, o którym już mówiłem.

PAP: Dopuszcza pan możliwość zniesienia limitów w finansowaniu onkologii?

B.A.: Wsłuchuję się w głosy środowiska onkologicznego. Uważam, że pacjent z chorobą onkologiczną musi być jak najszybciej zdiagnozowany i szybko leczony, nie może czekać w długiej kolejce. Ale

musimy też brać pod uwagę, że mamy ograniczoną liczbę środków, budżet NFZ nie jest z gumy, tworzą go nasze składki. I musimy zarządzać nim w taki sposób, żeby wystarczyło pieniędzy na leczenie wszystkich chorych.

PAP: W jaki sposób chce pan poprawić dostęp do leczenia dla seniorów?

B.A.: Na finansowanie leczenia osób po 65. roku życia wydajemy już 35 proc. budżetu NFZ. Problemem jest liczba geriatrów - jest ich nadal za mało. Dlatego organizujemy i finansujemy ze środków unijnych szkolenia geriatryczne dla pielęgniarek, lekarzy, fizjoterapeutów, opiekunów medycznych i terapeutów środowiskowych ze szpitali na terenie całej Polski.

PAP: Zapowiedział pan kontrolę oddziałów ginekologiczno-położniczych w całym kraju. Jak będzie ona przebiegała?

B.A.: Sprawdzimy, czy szpitale przestrzegają standardów opieki okołoporodowej. Zaczniemy od kontroli drugiego półrocza 2013 r. i sprawdzimy przyczyny zgonów okołoporodowych. Chcę jednak podkreślić, że liczba takich przypadków spada, tę poprawę pokazują dane statystyczne. Umieralność okołoporodowa wynosiła w 2005 r. osiem promili, a dziś ok. sześciu. Na kolejnym etapie kontroli sprawdzimy wskazania do cesarskich cięć, ponieważ wykonuje się ich w Polsce znacznie więcej niż w Europie. W Polsce lekarze rozwiązują cesarskim cięciem ok. 37 proc. ciąż przy średniej europejskiej wynoszącej nieco ponad 20 proc. Ostatnim etapem kontroli będzie zbadanie postępowania medycznego z noworodkami, których stan zdrowia po urodzeniu został oceniony w skali Apgar od 0 do 4.

PAP: Po śmierci nienarodzonych bliźnięt z Włocławka w mediach pojawiła się krytyka organizacji pracy personelu medycznego. Z danych Państwowej Inspekcji Pracy wynika, że wielu lekarzy przekracza normy czasu pracy.

B.A.: Czas pracy lekarzy zatrudnionych na etatach określają przepisy, które nie mogą być łamane, nie powinno być przyzwolenia na takie przypadki. Ale w przypadku kontraktów sytuacja wygląda inaczej. Dlatego dyskutujemy o tym, jak kontrolować czas pracy lekarzy. Na pewno trzeba podkreślać rolę dyrektorów szpitali, którzy już dzisiaj mają prawo w umowie o pracę zawrzeć klauzulę zakazu pracy u konkurencji.

Rozmawiali: Paweł Rozwód, Beata Pieniążek-Osińska (PAP) pro/ bpi/ pz/ gma/ zdrowotnego, na podstawie których oddziały Funduszu będą kontraktowały świadczenia. PAP: Nie uważa pan, że system finansowania POZ oparty na stawce kapitałowej za każdego pacjenta