

Powrót Jedi

Rozmowa
z Andrzejem
Włodarczykiem,
wiceministrem
zdrowia

foto: Jakub Ostalowski/Fotozepa

Powroty nie są łatwe. Dlaczego zgodził się pan na powrót na Miodową?

Minister Ewa Kopacz trochę mnie propozycją powrotu zaskoczyła. Ale nie była to przecież randka w ciemno: uznałem, że skoro mogę pomóc jej, pomóc ekipie, która pracuje na Miodowej, nie powinienem się wahać. Dziś jestem przekonany, że Donald Tusk wygra wybory i pozostanie premierem na kolejną kadencję i że w jego gabinecie ministrem zdrowia pozostanie Ewa Kopacz. Jest to zatem najlepszy moment na zmiany i unowocześnienie systemu ochrony zdrowia w Polsce. Dotychczas ekipy rządzące zmieniały się częściej, co wybory, a każda miały inny pomysł na funkcjonowanie ochrony zdrowia. W efekcie mieliśmy do czynienia nie tyle z reformowaniem ochrony zdrowia, co z ciągłym „reformowaniem reformy”. Teraz jest szansa, by to zmienić, wprowadzić długofalowe programy, przeprowadzić przez

sałbym ten koszyk inaczej, ale to, że ten koszyk puchnie. Przecież odkąd zaczął on obowiązywać, ciągle coś do niego dokładamy, gwarancją obejmujemy coraz to nowe świadczenia, zapominając o tym, że gdy się do koszyka „dokłada”, trzeba coś z niego także „wyciągać”. Mamy coraz więcej świadczeń gwarantowanych, a niewiele więcej pieniędzy na ich sfinansowanie. Wcześniej czy później w tym równaniu lewa strona przestanie się zgadzać z prawą. Tak być nie powinno. Polski nie stać na takie gwarancje. Trzeba się zastanowić, gdzie ich odmawiać, by starczyło pieniędzy na to, co uznajemy za sprawy priorytetowe.

Gwarancje świadczeń to przecież iluzja. Gdy na „gwarantowane” świadczenie czeka się cztery lata, to trzeba przyznać, że gwarancja jest tylko teoretyczna, w praktyce nie działa.

Nie jest to tylko polski problem. Kłopoty z kolejkami do świadczeń ma wiele bogat-

„ Mamy trzy lata na dostosowanie się do unijnej dyrektywy transgranicznej. Jednym ze sposobów na to będzie rewizja zapisów koszyka. To jedno z ważniejszych zadań dla nowego rządu ”

Sejm, Senat i Kancelarię Prezydenta spójny pakiet zmian. Będę się starał, by ta szansa nie została zmarnowana.

Kiedy poprzednio był pan wiceministrem, zajmował się pan koszykiem świadczeń gwarantowanych. Już po ustąpieniu krytykował pan sposób, w jaki koszyk wprowadzono w życie. „Nie o taki koszyk walczyliśmy” – tak zatytułowany był wywiad, który wtedy z panem przeprowadziliśmy. Po pańskim powrocie na stanowisko wiceministra pomyśleliśmy, że wrócił pan, by koszyk zmienić, usunąć błędy, o których pan mówił...

Powrót do gabinetu przy ulicy Miodowej wcale nie zmienił moich poglądów, ale zmianami koszyka w tej chwili się nie zajmuję. Mamy koszyk – ja bym go ułożył zupełnie inaczej, ale z dużym namysłem, nie w pośpiechu. W tej chwili, gdy patrzę na koszyk, martwi mnie nie to, że ja napi-

szych krajów. Podobnie jak w Polsce lub jeszcze gorzej jest na przykład w dużo bogatszej Wielkiej Brytanii. Nigdzie na świecie problemu kolejek nie udało się rozwiązać do końca. U nas koszyk świadczeń gwarantowanych działa na podobnych zasadach jak gdzie indziej – gwarancja jest faktyczna, nie teoretyczna, czasem jednak na jej realizację trzeba czekać.

To się zmieni wraz z wejściem transgranicznej dyrektywy unijnej. Nie trzeba będzie czekać w kolejce, będzie można się udać do dowolnej, także polskiej placówki, a po otrzymaniu świadczenia zażądać zwrotu pieniędzy od płatnika.

Nadzieja w tym, że mamy trzy lata na dostosowanie się do tego systemu. I jednym ze sposobów na to będzie siłą rzeczy rewizja zapisów koszyka. To jedno z ważniejszych zadań dla nowego rządu, który powstanie po przyszłych wyborach. Dyrektywa i jej skutki dla polskiej ochrony



foto: Maciej Biedrzycki/FORUM

„Przejrzałem listę konsultantów krajowych i zaproponowałem minister Kopacz zwolnienie kilkunastu z nich”

zdrowia wymuszą na nas rzetelne przeliczenie, na jaki poziom finansowania stać publiczny system, co będzie świadczeniem gwarantowanym, a co nie.

Dlaczego dopiero nowego rządu, a nie obecnego?

Bo taka rewizja koszyka to proces długotrwały, nie można go ukończyć na chybcika, żeby zdążyć jeszcze przed wyborami.

Potrzebna jest nam rzetelna analiza ekspercka wsparta ogólnopolską debatą publiczną. Nie wyobrażam sobie wprowadzenia zmian w tym zakresie bez uzyskania jeśli nie wsparcia, to przynajmniej zrozumienia i jakiejś formy akceptacji społecznej. To musi zająć kilka lat. Inaczej jest z ustawą o zdrowiu publicznym, którą się teraz zajmuję. Tu pośpiech jest bardzo wskazany, a szanse na dokończenie prac przed wyborami duże.

Nie udało się zapisać w Kodeksie pracy obowiązkowej cytologii i mammografii. Teraz resort znowu wraca do tego pomysłu i chce umieścić taki zapis w nowej, projektowanej ustawie o zdrowiu publicznym.

Nad tym rozwiązaniem ciągle jeszcze pracujemy. Mamy świadomość, że badałyby się tylko kobiety pracujące zawodowo, a co z paniami np. w gospodarstwach rolniczych? Ustawa jest dla nas tak istotna, bo zdajemy sobie sprawę, że każda złotówka mądrze zainwestowana w profilaktykę – to oszczędność kilku tysięcy złotych w medycynie naprawczej. Ustawa ma posłużyć koordynacji działań prozdrowotnych rozmaitych podmiotów zajmujących się ochroną zdrowia: rządowych, samorządowych i prywatnych. Wszystkich podmiotów, którym zależy na poprawie zdrowia i jakości życia w Polsce. W tej sprawie potrzebny jest wspólny wysiłek wszystkich zainteresowanych podmiotów – ustawa ma pomóc ten wysiłek skoordynować.

Polskie szpitale nie spełniają europejskich standardów higienicznych. Czy czas je zamknąć?

Na pewno wiele zasługuje na to, by je zamknąć, ale musimy pamiętać, że ich stan techniczny czy higieniczny to skutek zaległości sięgających kilku dekad. Takich spraw nie uda się załatwić w rok czy dwa. Standardy, do których Europa dorastała, które osiągała przez dziesięciolecia, są poza zasięgiem wielu polskich szpitali – gdyby zaproponować im zbyt krótki okres dostosowawczy. Nie pora zatem na zamykanie szpitali, ale na rozsądne zaplanowanie, do kiedy te zaległości mają nadrobić.

Szpitaly już raz dostały taką szansę i nie skorzystały z niej, nie wywiązały się z terminu. Minister Kopacz zamiast je zamknąć, przedłużyła termin.

I skoro tak się stało, trzeba poczekać na dotrzymanie tego nowego terminu. Mam nadzieję, że o kolejnym wydłużeniu czasu nie będzie mowy.

W ministerstwie zajmuje się pan kształceniem lekarzy. Mamy ich mało. Niedawno jedna z krakowskich uczelni prywatnych ogłosiła zamiar otwarcia wydziału lekarskiego. Przeciw wypowiedzieli się zgodnym chórem rektorzy uczelni publicznych, argumentując, że w Polsce niemożliwe jest kształcenie lekarzy w szkołach prywatnych. Co pan o tym sądzi?

W ministerstwie dopiero wyrabiamy sobie zdanie w tej sprawie. Ten rząd zrobił dużo, by udoskonalić system kształcenia lekarzy. Zacznę od tego, że zwiększyliśmy pięciokrotnie liczbę miejsc rezydenckich. Znosimy staż podyplomowy, LEP zastępujemy lekarskim egzaminem końcowym, który będzie zdawany na zakończenie studiów (student otrzyma dyplom bez względu na jego wynik). Nie chcemy jeszcze zabierać głosu w dyskusji, czy w Polsce lekarza może wykształcić uczelnia prywatna, czy też – jak chcą rektorzy szkół publicznych – tylko ich placówki. Musimy zbadać argumenty obu stron. Dostrzegamy jednak, że sprawdziło się inne nowatorskie jak na Polskę rozwiązanie. Do niedawna w Polsce lekarzy kształciły wyłącznie uczelnie stricte medyczne. Dzisiaj w Krakowie, Bydgoszczy i Olsztynie wydziały lekarskie są częściami innych uczelni. I okazało się, że jest to dobre rozwiązanie.

Nadal są to jednak uczelnie publiczne. Mimo chronicznego braku lekarzy w Polsce nie można powiedzieć: chcę być lekarzem, chcę się tego nauczyć za własne pieniądze, a na koniec zdać wymagane egzaminy, także na swój koszt.

Musimy mieć pewność, że jakość kształcenia w konkretnej prywatnej uczelni nie będzie nawet minimalnie gorsza niż w uczelniach publicznych. Uzyskanie tej pewności musi potrwać.

Zajmuje się pan sprawą weryfikacji list konsultantów. Czy w porozumieniu z minister Julią Piterą?

Minister Julia Pitera otrzymała informacje o tym, że wielu konsultantów krajowych

i wojewódzkich piastuje swoje funkcje, mając konflikt interesów. I to sprawdza. Nam przyświecają inne cele przy weryfikacji list. Oceniamy konsultantów według dwóch kryteriów. Zadaniem konsultanta jest rola łącznika między ministerstwem a środowiskiem medycznym. Zła jest sytuacja, gdy konsultant nie liczy się ze zdaniem środowiska, równie zła, gdy stoi w jednoznacznej opozycji do polityki zdro-



Do niedawna w Polsce lekarzy kształciły wyłącznie uczelnie stricte medyczne. Dzisiaj w Krakowie, Bydgoszczy i Olsztynie wydziały lekarskie są częściami innych uczelni. I to rozwiązanie się sprawdza ”

foto: Rafał Guc/Fotozepa

wotnej ministerstwa. Wywiązywanie się z roli łącznika – to pierwszy element oceny. Drugi to aktywność i solidność, a więc wywiązywanie się z przyjętych zobowiązań, udział w kształtowaniu polityki zdrowotnej i wypracowaniu konkretnych propozycji dla ministra. Ocenialiśmy także postawę konsultantów przy ułatwianiu (lub wręcz przeciwnie) zdobywania specjalizacji przez naszych młodszych kolegów. Biorąc pod uwagę te kryteria, przejrzałem listę konsultantów krajowych i zaproponowałem minister Kopacz zwolnienie kilkunastu z nich.

Rozmawiał: Bartłomiej Leśniewski