



# Nasz człowiek w Brukseli

Rozmowa z dr. Andrzejem Rysiem, byłym wiceministrem zdrowia, obecnie dyrektorem w Departamencie Zdrowia Publicznego, Dyrekcji Generalnej Zdrowia i Ochrony Konsumentów Komisji Europejskiej (DG SANCO)

**Czym zajmuje się pan w Brukseli?**

Kieruję Departamentem Zdrowia Publicznego – ok. 140 osób, 7 działów, w tym 4 w Luksemburgu i 3 w Brukseli. Ponadto uczestniczę w pracach agencji wdrażającej program zdrowia publicznego, radach nadzorczych Agencji ds. Kontroli Chorób Zakaźnych – ECDC w Sztokholmie oraz Agencji ds. Leków w Londynie – EMEA. Moja praca to cotygodniowe podróże na trasie Luksemburg-Bruksela oraz sporo podróży do krajów członkowskich, czasem do USA czy innych państw. DG SANCO zatrudnia w Brukseli, Luksemburgu i Grange k. Dublina ok. 800 osób. Odpowiada za zdrowie ludzi, zwierząt, roślin, bezpieczeństwo żywności i ochronę konsumentów. Dyrektorem generalnym, zajmującym najwyższe stanowisko w administracji

Komisji Europejskiej, jest Brytyjczyk, Robert Adelin. DG Sanco podlega dwóm komisarzom – Marcosowi Kyprianou, odpowiedzialnemu w KE za zdrowie, i Magdalenie Kuneva, dbającej o problemy konsumentów.

**Wasza praca polega na nadzorze i kontroli czy na tworzeniu projektów prawa Unii Europejskiej?**

Rolą Komisji Europejskiej jest inicjowanie i tworzenie prawa we współpracy z krajami członkowskimi oraz Parlamentem Europejskim. Obecnie pracujemy np. nad dyrektywą dotyczącą usług medycznych w UE. Oprócz funkcji regulacyjnych spełniamy też rolę kontrolera – przykładem ostatnie reakcje w sprawie przyszczy, BSE czy dioksyn odkrytych w żywności. W moim departamencie dotyczy to bezpieczeństwa krwi i tkanek oraz polityki tytoniowej. Powstaje też wiele

dokumentów dotyczących polityki zdrowotnej. Najważniejszy, który kończymy opracowywać, to strategia zdrowotna UE na najbliższe 10 lat. Bierzymy też udział we współpracy międzynarodowej, np. poprzez WHO oraz współpracę dwustronną np. z USA czy Japonią.

**Czy jest pan politykiem europejskim, czy polskim urzędnikiem w Brukseli, inaczej – czy może pan lobbować na rzecz interesów kraju?**

Sam sobie często zadaję to pytanie. Pełniłem kilka funkcji i za każdym razem musiałem odpowiadać na pytanie, jak aktualnie zajmowane stanowisko ma się do poprzednich oraz jakie cele mam sobie wytyczyć. Tworząc Krakowską Szkołę Zdrowia Publicznego, patrzyłem na to z pozycji środowiska akademickiego, eksperckiego. Chciałem stworzyć jak najlepszą instytucję dla studentów i nauczycieli. Jako lekarz miasta Krakowa wykorzystywałem wiedzę akademicką, ale musiałem myśleć o mieszkańcach miasta i podległych mi przychodniach. Wreszcie jako minister ko-

problem ratownictwa w obszarze Unii, w tym przypadku dotyczący obywateli polskich. Kilka innych przykładów: ostatnio dyskutowany problem stacji krwiodawstwa w Goerlitz, dyskusja o środowisku wolnym od dymu tytoniowego, opłacanie przez NFZ leczenia dziewczynki, która uległa wypadkowi we Francji (kolejne orzeczenie polskiego sądu), praca lekarzy w godzinach nadliczbowych (historia dr. Misia z Nowego Sącza) – to katalog spraw europejskich w Polsce. Warto też pamiętać, że mamy dużo ważnych regulacji dotyczących zdrowia w innych obszarach prac UE – środowiska, przemysłu (leki, urządzenia medyczne, nowe terapie), sprawiedliwości (ochrona danych osobowych i bioterroryzm), a nawet urbanizacji i transportu. Staramy się też współpracować z krajami członkowskimi, w tym z Polską, tworząc model działań w Brukseli i wspierając jego aplikacje w krajach członkowskich. Dobrym przykładem jest platforma ds. otyłości, żywienia i aktywności fizycznej, gdzie podczas regularnych spotkań administracji, organi-

„ Rolą Komisji Europejskiej jest inicjowanie i tworzenie prawa we współpracy z krajami członkowskimi oraz Parlamentem Europejskim. Oprócz funkcji regulacyjnych spełniamy też rolę kontrolera – przykładem ostatnie reakcje w sprawie pryszczycy, BSE czy dioksyn odkrytych w żywności ”



rzystałem z doświadczenia *samorządowca Krakowa*, ale musiałem myśleć o całej Polsce i licznych *polskich Krakowach*... W Brukseli zsumowały się doświadczenia polskie i moja praca międzynarodowa – w WHO i Banku Światowym. Na tym buduję nową perspektywę, powoli zdobywając nowe pola. Czytam w Internecie polską prasę, czasami spotykam się z polskimi politykami, ekspertami – Polakami działającymi w organizacjach europejskich – szpitalnych, lekarskich, farmaceutycznych, reprezentujących środowiska biznesowe. Staram się odnieść problemy, jakimi żyje kraj do tego, czym zajmuje się Komisja Europejska. Podam przykład – ostatni wypadek autobusu pod Dunkierką, gdy okazało się, że polscy pasażerowie nie mogli połączyć się z francuskim numerem alarmowym 112, bo w rejonie nadgranicznym rozmowy były przekierowywane do Belgii. Wskazało to na istotny

zacji pozarządowych i przedstawicieli przemysłu spożywczego oraz reklamowego tworzone są nowe rozwiązania. Wiem, że istnieje plan uruchomienia we wrześniu takiej platformy w Polsce. Staramy się też wskazywać dobre rozwiązania z różnych krajów, regionów, miast i umożliwiać wymianę doświadczeń.

**Jak z perspektywy Brukseli wygląda polski system ochrony zdrowia?**

Nasz system podlega ciągłym zmianom, ale takie zmiany zachodzą we wszystkich krajach członkowskich. Oczywiście, w szczególny sposób dotyczy to dawnych krajów komunistycznych. Dynamika reform na Węgrzech, w Czechach czy w Polsce jest różna, ale problematyka jest podobna. Spotykając się z ministrem zdrowia Węgier, dowiedziałem się np., że w kraju tym rozważa się częściową prywatyzację ubezpieczeń. Inny

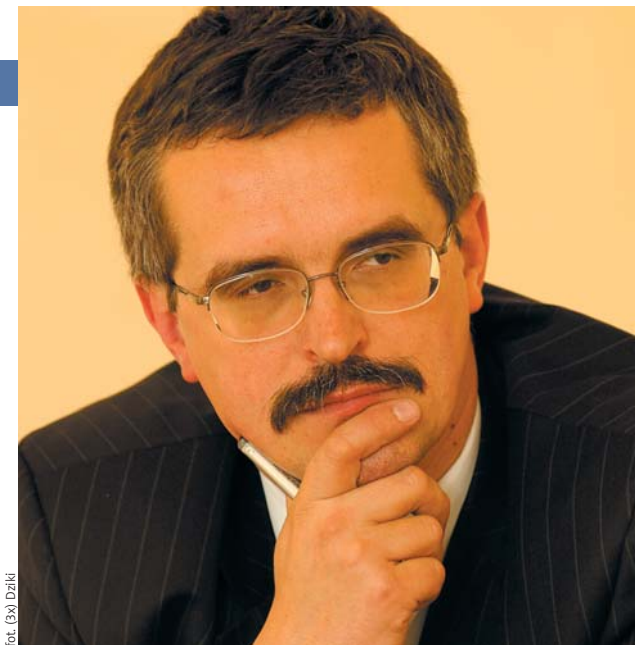


foto: (3x) Dzięk

„ Nasz system podlega ciągłym zmianom, ale takie zmiany zachodzą we wszystkich krajach członkowskich Unii. Oczywiście, w szczególności sposób dotyczy to dawnych krajów komunistycznych. Dynamika reform na Węgrzech, w Czechach czy w Polsce jest różna, ale problematyka jest podobna ”

problem mają Estończycy, którzy po reformie szpitalnictwa zastanawiają się nad opłacalnością inwestycji w zredukowanej liczbie szpitali. Holendrzy już drugi rok zajmują się prywatyzacją ubezpieczeń zdrowotnych, a Niemcy czy Brytyjczycy ciągle reformują swój system. Systemy wszystkich krajów zmieniają się lub przygotowują się do zmian. Na tym tle wszystko, co dzieje się w Polsce, wygląda na normalny proces, choć pewnie w ocenie różnych uczestników jest on zbyt wolny, zbyt szybki lub chaotyczny.

**Niedawno minister Religa zaprezentował koszyk świadczeń gwarantowanych, czekamy na sieć szpitali. Czy takie elementy systemu przeważają w krajach Unii?**

Sieć to nic innego, jak element planowania działania systemu ochrony zdrowia. Tu zresztą możemy niedługo zderzyć się z problemem skarg prywatnych szpitali na rządy poszczególnych państw. Jest taka sławna skarga prywatnego operatora z Belgii, który zorganizował centra diagnostyczne PET, ale okazało się, że ubezpieczyciel nie chciał płacić za procedury tyle sa-

mo, ile płacił jednostkom publicznym. Wynikało to właśnie z planu, w którym nie znalazły się prywatne jednostki. Sprawa trafiła do Sądu Europejskiego i zobaczymy, jakie będzie rozstrzygnięcie, które ostatecznie może przesądzić o kształcie polskiej sieci. To także problem całej Europy, bo trzeba pogodzić system planistyczny (mocno rozwinięty np. we Francji, Hiszpanii czy UK) z wolną konkurencją w sektorze ochrony zdrowia, który powinien być traktowany jak każdy inny sektor gospodarki.

**A koszyk?**

W rozwiniętych systemach ubezpieczeniowych pakiet świadczeń – w Polsce nazywany koszykiem – jest częścią systemu ubezpieczenia zdrowotnego. Ubezpieczeni płaci określone składki, w zamian otrzymuje określony zakres świadczeń. W przypadku systemów budżetowych, takich jak Wielkiej Brytanii, Portugalii, Włoch czy Hiszpanii, raczej dyskutuje się o dopuszczeniu lub nie nowych technologii i jak za nie płacić.

**Czy dyskusje, reformy i zmiany w krajach starej Unii toczą się, podobnie jak w Polsce, w atmosferze wojny politycznej i dymisji kolejnych ministrów zdrowia?**

Ministrowie zdrowia we wszystkich państwach zmieniają się dosyć często. Podczas 3-letnich prac obecnej Komisji, w Radzie Ministrów UE tylko kilku z 27 szefów resortu zdrowia nie zmieniło się. Najdłużej urzędującym ministrem w UE jest Ulla Schmidt, minister zdrowia Niemiec, która funkcję pełni od 6 lat. Inną sprawą jest proces decyzyjny, który w krajach o stabilnej demokracji jest bardziej uporządkowany, ale też podlega wpływom politycznym. Ochrona zdrowia na całym świecie jest bardzo dynamicznym sektorem, na który naciski wywierają różne lobby – pacjentów, usługodawców, producentów i wielu innych.

**Bruksela to drugie po Waszyngtonie miasto lobbystów. Czy Polacy wykorzystują wszystkie możliwości i środki, jakie oferuje Unia Europejska?**

W tej sprawie spotkaliśmy się ze Zbigniewem Religą, dyskutując, w jaki sposób Ministerstwo Zdrowia próbowało wpisać do programów regionalnych finansowanie ochrony zdrowia. Wraz z kolegami z DG REGIO (dyrekcja ds. regionów), podległej polskiej komisarz Danucie Hübner, próbujemy szukać lepszych metod finansowania różnych projektów i programów w zakresie zdrowia, innowacji. Pieniądze te idą głównie na infrastrukturę, ale spore środki przeznaczane są również na kształcenie personelu, rozwój firm. W ramach transzy 2007–2013 projekty dopiero powstają. Uczelnie, firmy prywatne, organizacje lekarskie czy pielęgniarskie powinny w większym stopniu niż dotychczas próbować sięgnąć po te pieniądze.

### Dlaczego tego nie robią? Kompleksy? Niewiedza? Lenistwo?

Nie będę wymieniał szpitali, ale liderzy, czyli szefowie najlepszych placówek, już sięgnęli po pieniądze z puli 2004–2006. Warto ich zapytać, jak to zrobili. To charakterystyczne – w czołówce zawsze są najbardziej aktywni i znani dyrektorzy szpitali. Ci, którzy mówią, że w polskim systemie ochrony zdrowia nic nie można zrobić, nawet nie spróbowali stworzyć projektów. Inną sprawą jest ilość środków, jakie się przeznaczają na zdrowie w innych krajach i regionach, korzystających z funduszy strukturalnych. Najwięcej (procentowo) planują wydawać Węgrzy i Estończycy.

### Rodzimi politycy zdrowotni wykazują się dostateczną aktywnością na forum Komisji czy Parlamentu Europejskiego?

Unia Europejska to nie tylko fundusze. Najważniejsza jest aktywność w sferze regulacyjnej, a tu – wg mnie – aktywność polskich polityków i ekspertów mogłaby być większa. Jak wspomniałem, obecnie kończymy prace nad strategią zdrowia UE na najbliższe 10 lat oraz nad regulacjami dotyczącymi przepływu pacjentów na obszarze zjednoczonej Europy i możliwości finansowania usług przez krajowe syste-

” Nie będę wymieniał szpitali, ale liderzy, czyli szefowie najlepszych placówek, już sięgnęli po pieniądze z Unii Europejskiej. To charakterystyczne – w czołówce zawsze są najbardziej aktywni i znani dyrektorzy szpitali ”

my. Warto zainteresować się tą problematyką w Brukseli, a w Warszawie kontynuować dyskusję na ten temat z zainteresowanymi stronami. To konieczne, bo aktywność na etapie konsultacji jest niezbędna, aby zadekretowane prawo uwzględniało interesy Polski, polskich lekarzy, pielęgniarek, przedsiębiorców, regionów i organizacji pozarządowych.

*Rozmawiał Jacek Szczęsny*