



Fot. PAP/Jarek Turczyk

Rozmowa z Konstantym Radziwiłłem, ministrem zdrowia

# Wielkie porządki

Dziś dyskutujemy o sieci, szpitalach publicznych, protestach, problemie braku kadr. Temperatura dyskusji jest wysoka. O czym będziemy debatować przez kolejne 12 miesięcy? Jaki będzie rok 2018 w służbie, czy też – jak wolą inni – w ochronie, zdrowia?

Odczujemy kolejne pozytywne efekty wprowadzanych zmian. I myślę tu przede wszystkim o sieci szpitali. Reformowanie służby zdrowia zaczęliśmy właśnie od szpitali, bo ich sytuacja, także finansowa, była najgorsza. Sądzę więc, że pod koniec przyszłego roku będziemy mogli z ulgą i satysfakcją odnotować, że ich sytuacja znacznie się poprawiła. Pierwsze sygnały, które docho-  
dzą do nas po wprowadzeniu sieci, są bardzo pozytywne. „Oblężenie” większości SOR-ów się zmniejszyło, działa pomoc nocna i świąteczna. W ciągu kilku tygodni udało się zatem rozwiązać problem, który pozostawał w teorii „nierozwiązywalny” od wielu lat.

A czy ostatecznie „wieczorynki” wrócą do POZ? Takie były przecież pierwotne plany, tak jest w innych krajach.

Nie. Nie chcą ich też sami lekarze POZ, powołując się na braki odpowiednich sił i środków.

**Jacek Krajewski, prezes Porozumienia Zielonogórskiego, mówi, że grozi nam powstanie publicznych „oligopoli zapobiegawczo-leczniczych”, które przejmą obowiązki przychodni, obecnie w większości prywatnych.**

Szanuję Jacka Krajewskiego i jego poglądy, ale przy pełnym szacunku i życzliwości muszę zauważyć, że Porozumienie Zielonogórskie to organizacja reprezentująca głównie interesy pracodawców i świadczeniodawców. Ja natomiast chcę – i będę – reprezentować w pierwszej kolejności interesy pacjentów. Tym intere-

sem jest przede wszystkim odpowiednia jakość opieki, w tym także jej koordynacja. Jeżeli szpital bierze na siebie obowiązek odpowiedniej koordynacji pohospitalizacyjnego leczenia i rehabilitacji, to ewidentnie leży to w interesie pacjenta. I tego interesu będę bronił. Na marginesie chciałbym zauważyć, że obawy lekarzy POZ dotyczące ograniczenia ich roli są całkowicie bezpodstawne. To na nich będzie się opierał cały system.

**Pytaliśmy o to, czy szpitale przejmą pacjentów dzisiejszej POZ i AOS. I w pierwszym wypadku stanowczo pan zaprzecza. A jak będzie w wypadku AOS?**

Tu rzeczywiście część kompetencji przejmą szpitale, zwłaszcza w stosunku do pacjentów wypisywanych ze szpitali. Pozostała część pozostanie w takim stanie jak dzisiaj.

**Jaką część wezmą szpitale, a jaką POZ, ile pozostanie przychodniom specjalistycznym? Można to określić w procentach?**

Jest zbyt wcześnie na podawanie takich szacunków już dziś. Zaproponowaliśmy rozwiązanie premiujące koordynację – zarówno z perspektywy szpitali, jak i POZ, wprowadziliśmy odpowiednie zapisy. Oczywiście jeszcze nie wiemy, jak one zostaną wykorzystane przez podmioty działające na rynku, ale pytali panowie, o czym będziemy debatować pod koniec przyszłego roku – myślę, że między innymi o tym. I będziemy mieli konkretniejsze dane na ten temat.

**Jesteśmy zapatrzeni w hasło „koordynacja”. Mamy jednak obawę, że w imię koordynacji zostaniemy pozbawieni możliwości wyboru, będziemy musieli „brać, co dają, i nie marudzić”. Powiedzmy, że szpital zapewni mi rehabilitację we wskazanym przez siebie miejscu. Jaką szansę będę miał jako pacjent na to, by powiedzieć: „nie, dziękuję, poproszę o wypis, na rehabilitację pójde gdzie indziej, sam wybiorę”.**

To zawsze można zrobić.

**A dostanę refundację?**

W takiej sytuacji rozwiązaniem będzie pójście do lekarza POZ po skierowanie, potem trzeba będzie się upewnić, że inny świadczeniodawca ma podpisaną odpowiednią umowę. Ale przecież takie sytuacje dotyczą niewielkiej liczby pacjentów, większość skarży się na to, że z podobnymi problemami szpital – i szerzej patrząc, cały system – pozostawia ich samych. Sądzę, że w przytłaczającej większości wypadków pacjenci będą wdzięczni za to, że od razu wskazujemy rozwiązanie kompleksowe. Myślę, że takie jest oczekiwanie społeczne. I takie również są rozwiązania stosowane

„Oblężenie większości SOR-ów się zmniejszyło. W ciągu kilku tygodni udało się zatem rozwiązać problem, który pozostawał w teorii *nierozwiązywalny* od wielu lat”

w innych krajach. Nawet w amerykańskim, stosunkowo liberalnym modelu ubezpieczeniowym pacjent nie ma możliwości zupełnie dowolnego wyboru świadczeniodawcy. Jeżeli zdecydował się na konkretnego ubezpieczyciela, ten ma prawo wskazania, u którego świadczeniodawcy będzie refundował świadczenia, a u którego nie.

**Pakiet onkologiczny Bartosza Arłukowicza też zakładał koordynację działań w opiece nad pacjentem z nowotworem. I ten pakiet się nie sprawdził.**

Pakiet wymagał licznych, często bardzo istotnych poprawek – wprowadziliśmy je i cały czas monitorujemy, jak to wszystko działa. Nie będziemy się z niego wycofywać. Co do głównej idei i zasady – pakiet specjalnych rozwiązań dla chorych na raka pozostawimy.

„O ile sytuacja finansowa państwa się nie pogorszy – a wszystko wskazuje na to, że będzie się poprawiać – środków będzie przybywać szybciej, niż przewiduje to ustawa”

**Wycofuje się pan z poparcia dla likwidacji NFZ?**

Są sprawy pilniejsze. Odkładamy to na później.

**Ale projekt pozostaje aktualny?**

Nie wycofujemy się z projektu, ale obecnie Ministerstwo Zdrowia się nim nie zajmuje.

„Zdarzało się, że brałem nawet dwadzieścia dyżurów w jednym miesiącu. To było rzeczywiście trudne doświadczenie”

**To zmieniając temat: podjął pan starania o oddłużenie polskich szpitali. Trwają rozmowy między innymi z Bankiem Światowym. Czego dotyczą?**

Rozmowy trwają, potwierdzam. Ale na temat ich przebiegu na razie nie mogę powiedzieć nic bardziej szczegółowego.

**Gdy na początku naszej rozmowy pytaliśmy, co nas czeka w roku 2018, w pierwszej kolejności wymienił pan sprawę sieci szpitali. Nie wspomniał pan o problemie kadr.**

To oczywiście, że jest to jeden z ważniejszych problemów naszej służby zdrowia. Opóźnienia w opracowywaniu rozwiązań i podejmowaniu jakichkolwiek działań narastały latami i my dopiero zaczynamy to nadrabiać. W tym roku zwiększyliśmy nabór na kierunek lekarski o 1500 osób. Wszyscy jesteśmy świadomi, że na efekt trzeba będzie czekać kilkanaście lat, bo tyle trwa wykształcenie lekarza. I do tego czasu będziemy musieli funkcjonować z takimi siłami, jakie mamy, wprowadzając zmiany w systemie, by to funkcjonowanie maksymalnie usprawnić.

**Mówił pan, że pomogłoby sprowadzenie lekarzy z Ukrainy. Mamy wątpliwości. Największym problemem dla ukraińskiego lekarza jest podjęcie decyzji o wyjeździe z kraju, rozstaniu z krewnymi i znajomymi. Gdy już ją podejmie, dlaczego miałby pracować akurat w Polsce, skoro w Niemczech może zarobić cztery razy więcej?**

W wielu wypadkach mogą decydować właśnie więzi rodzinne, pochodzenie, fakt, że Ukraińcy czy Białorusini czują się w Polsce lepiej niż w krajach położonych bardziej na zachód. Zdaję sobie sprawę, że samo sprowadzenie lekarzy zza wschodniej granicy nie rozwiąże naszych problemów kadrowych, ale zamierzam zmniejszyć te ograniczenia i utrudnienia, które nie wydają się dziś konieczne. Rozważamy projekt przyznawania lekarzom spoza Unii możliwości podejmowania pracy u jednego pracodawcy, który byłby do pewnego stopnia odpowiedzialny za ich praktykę.

**Tymczasem, zanim plan zwiększenia liczebności kadr medycznych zadziała, trzeba się zmierzyć ze zorganizowanym przez rezydentów protestem *opt-out*. Podtrzymuje pan, że wypowiedzanie tej klauzuli jest haniebne?**

Powiedziałem, że za haniebne uważam namawianie do tego, by tę klauzulę masowo wypowiadać w ramach protestu. Cel tych apeli jest jasny – chodzi o utrudnienie czy nawet sparaliżowanie funkcjonowania szpitali, co nieuchronnie może pogorszyć jakość opieki nad chorymi. Nie mam natomiast wątpliwości co do tego, że jeżeli jakkolwiek lekarz nie czuje się na siłach, by pracować w większym wymiarze czasu, powinien tę klauzulę wypowiedzieć. Nadużywanie tej możliwości do celów akcji protestacyjnych nie ma jednak nic wspólnego z osobistą oceną własnych możliwości czy z planami rozwoju kariery. Świadome zakłócanie funkcjonowania szpitali – a o to przecież w tej akcji chodzi – to niestety sprowadzanie zagrożenia dla pacjentów.

**Gdy zaczynał pan pracę w zawodzie, nie było rezydentur, ale zakres obowiązków młodych lekarzy był podobny do obecnego. Brał pan dyżury? Ile miesięcznie? Jaki miesiąc był rekordowy?**

Nie wiem, czy powinienem o tym mówić. Było tego bardzo dużo.

**Dlaczego nie? Nalegamy.**

Zdarzało się nawet dwadzieścia dyżurów w jednym miesiącu. To było rzeczywiście trudne doświadczenie. Ale i ja, i moi koledzy w tym czasie nie mieliśmy wątpliwości obecnych lekarzy. Po prostu uznawaliśmy, podobnie jak uznaje to dziś wielu rezydentów na całym świecie, że zawód lekarza wymaga ciężkiej pracy, poświęcenia i że nauka fachu obejmuje również sprawdzenie się w sytuacji pracy pod taką presją, jaką są dyżury i duże zmęczenie.

**Sześć procent PKB w osiem lat. Dlaczego nie w trzy?**

Oczywiście powodów jest wiele. Trzeba się liczyć z możliwościami budżetu, ryzykiem nadmiernego deficytu, koniecznością finansowania wielu innych obowiązków państwa. Aby uniknąć ryzyka marnotrawstwa, przybywaniu środków musi towarzyszyć równoległa reforma systemu, jego uszczelnianie. Nie mam jednak wątpliwości: o ile sytuacja finansowa państwa się nie pogorszy – a wszystko wskazuje na to, że będzie się poprawiać – środków będzie przybywać szybciej, niż przewiduje to ustawa.

*Rozmawiali: Janusz Michalak, Bartłomiej Leśniewski*