



**NIE JESTEM**

**I NIE BĘDĘ CENZOREM**

## Rozmowa ze Stanisławem Karczewskim, marszałkiem Senatu

Jest pan jeszcze lekarzem czy już bardziej politykiem?

Jestem lekarzem. Politykiem się bywa. Teraz jest taki moment w moim życiu, że realizuję się jako polityk. Ale moje doświadczenie lekarskie bardzo się przydaje

w polityce. Jako lekarz dbałem o zdrowie pacjentów, jako polityk – o zdrowie organizmu państwowego. Na szczęście prawo i obyczaj dają mi jeszcze tę możliwość, bym nie składał deklaracji o definitywnym zerwaniu z zawodem lekarza.



Do pana jako jednocześnie lekarza i polityka wpływają jednak skargi na Ministerstwo Zdrowia, prośby i wnioski, które resort wcześniej załatwił odmownie. I to także z obozu związanego z PiS. Chcąc nie chcąc dla wielu stał się pan czymś w rodzaju ostatecznej instytucji odwoławczej.

Naprawdę? Nigdy tego tak nie odbierałem. Ale jeśli tak jest istotnie, to chciałbym się do tego odnieść. Nie

**CZY CZESI MAJĄ INNE PROBLEMY**

**W OCHRONIE ZDROWIA NIŻ MY? WCALE NIE.**

**ALE NA SŁUŻBĘ ZDROWIA WYDAJĄ 7,8 PROC. PKB.**

**DZIĘKI TEMU MOGĄ LEPIEJ NIŻ MY**

**REAGOWAĆ NA TE SAME ZJAWISKA.**

**MY ZBYT CZĘSTO POZOSTAJEMY BEZSILNI**

chcę i nie będę nigdy stawał w roli cenzora polityki zdrowotnej prowadzonej przez resort kierowany przez ministra Konstantego Radziwiłła. Proszę mnie do tego nie nakłaniać, nie uda się.

Jednak jest pan współautorem programu zdrowotnego, który obecnie realizuje rząd. Czy jest pan zadowolony ze sposobu, w jaki ten program jest wprowadzany?

Rzeczywiście staram się śledzić to, co dzieje się na Miódowej. I widzę w wysiłkach obecnej ekipy starania, by wprowadzić w życie założenia programu zdrowotnego Prawa i Sprawiedliwości. Przygotowane przez nas założenia wymagają rozwinięcia, dopracowania szczegółów. I to się właśnie w Ministerstwie Zdrowia dzieje.

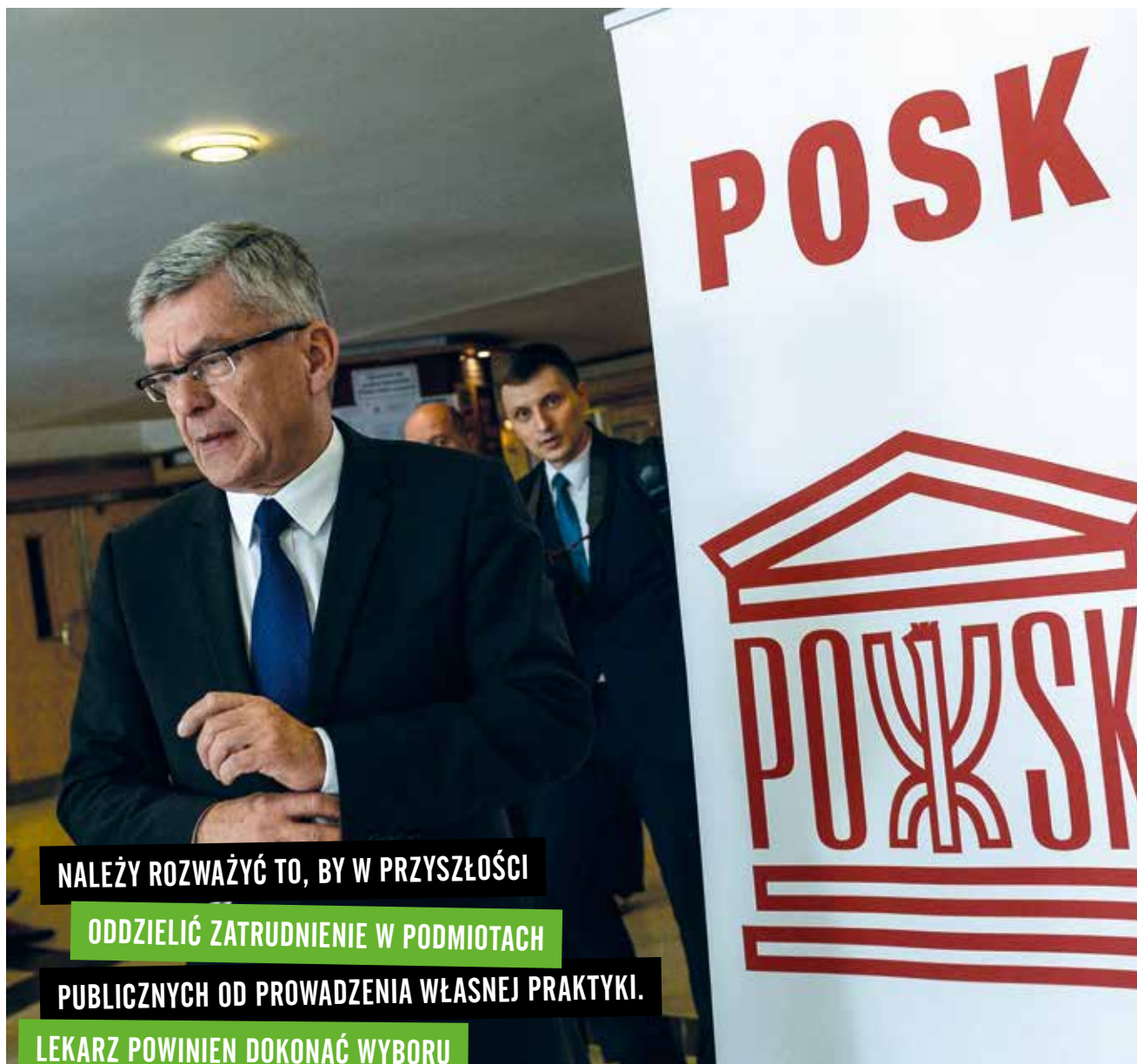
Krytycy zauważają, że zbyt wolno, że trwa to za długo.

W wielu wypadkach po prostu nie można szybciej. Jednak nie wolno tracić z pola widzenia tego, że obecnie w ochronie zdrowia działają szkodliwe mechanizmy. Każdy dzień bez ich zmiany generuje straty. Trzeba zatem zmieniać szybko, by strat uniknąć. Udało się nam m.in. zatrzymać szkodliwą komercjalizację, mamy darmowe leki dla seniorów.

Nie udało się jednak zwiększyć wydatków na ochronę zdrowia do obiecywanych 6 proc. Jest natomiast zapowiedź szybkiego zlikwidowania składki zdrowotnej. Cokolwiek by o niej powiedzieć, była ona w miarę solidną zaporą chroniącą pieniądze na zdrowie przed odebraniem przez inne branżowe lobby.

Według naszych planów ta zaporę, jak pan to ujmuje, zostanie zastąpiona inną. Są już precedensy, na przykład ustawowo zobowiązujemy się do wydawania 2 proc. PKB na cele obronne. Dlaczego by zatem nie zapisać ustawowo, że na zdrowie będziemy wydawać 6 proc. PKB, a nawet więcej? Będziemy do tego dążyć. Oczywiście biorąc pod uwagę, że nie uda się takiej istotnej zmiany przeprowadzić od razu. Jestem pod wrażeniem niedawnych rozmów z naszymi czeski-





**NALEŻY ROZWAŻYĆ TO, BY W PRZYSZŁOŚCI**

**ODDZIELIĆ ZATRUDNIENIE W PODMIOTACH**

**PUBLICZNYCH OD PROWADZENIA WŁASNEJ PRAKTYKI.**

**LEKARZ POWINIEN DOKONAĆ WYBORU**

**– ALBO PRACUJE W PUBLICZNEJ,**

**ALBO W PRYWATNEJ SŁUŻBIE ZDROWIA**

mi odpowiednikami. Czy Czesi mają inne problemy w ochronie zdrowia niż my? Wcale nie. Ale na służbę zdrowia wydają 7,8 proc. PKB. Dzięki temu mogą szybciej i lepiej niż my reagować na te same zjawiska. My zbyt często pozostajemy bezsilni.

A dlaczego zrezygnowali państwo ze zwykłego podniesienia składki? To byłoby przecież prostsze, szybsze, a nie znikłaby przy okazji zapora chroniąca budżet ochrony zdrowia.

Proste podniesienie składki zdrowotnej z dnia na dzień spowodowałoby wzrost kosztów pracy. Konsekwencją

byłyby perturbacje na rynku pracy, następnie spowolnienie gospodarcze i w efekcie wzrost bezrobocia, które w tej chwili wynosi 8,8 proc. i jest najniższe od wielu lat. Gwałtowne dodawanie pieniędzy do istniejącego systemu niczego by nie rozwiązało. Przyznają to nawet nasi przeciwnicy polityczni. To jakby dolewać wody do dziurawego naczynia. Zwiększanie nakładów trzeba powiązać z naprawą systemu. A co do zapory ustawowej – powtórzę: wcale nie zamierzamy jej likwidować.

Narodowy Fundusz Zdrowia przestanie funkcjonować. Co powstanie w jego miejsce?

Dopracowywane są szczegóły, ale generalne założenia naszego projektu nie ulegną zmianie. Ośrodki decyzyjne na poziomie centralnym ostatecznie zostaną podporządkowane ministrowi zdrowia, zaś na szczeblu

regionalnym – wojewodom. Spieszę przy tej okazji zapewnić pracowników NFZ, że nie powinni obawiać się utraty pracy. Odpowiedni sztab analityczny i kontrolny będzie przecież wojewodom potrzebny. Spodziewam się nawet, że zainwestowane zostaną spore środki, by sztab takich fachowców działał sprawniej niż obecnie.

### Zainwestowane dodatkowe środki? Przewiduje pan zwiększenie nakładów na urzędy?

Nie należy tego wykluczać. Obecnie NFZ chwali się, że na obsługę, działania kontrolne wydaje niewiele – mniej niż w innych krajach. Na pierwszy rzut oka: godne pochwały. Ale czy na pewno? Obawiam się, że ten niski koszt ma bezpośrednie przełożenie na jakość sprawowanych funkcji zarządczych czy kontrolnych. Gdy mówimy o kontrolowaniu gigantycznego budżetu, ponad 60 mld zł, gdy mówimy o jego zwiększaniu, warto zainwestować w lepsze mechanizmy kontrolne i zarządcze. Warto, by organy nadzorcze miały możliwość korzystania z pracy najlepszych specjalistów. Nawet jeśli zwiększy to koszt funkcjonowania – trudno, warto ponieść nakłady, zwróci się.

### Ministerstwo Zdrowia wprost zapowiada, że będzie faworyzować podmioty publiczne. Skąd taka niechęć do podmiotów prywatnych?

Nie ma mowy o jakichś ideologicznych przyczynach tej niechęci, co się nam często zarzuca. To raczej logiczne następstwo przyjętego w Polsce i Europie modelu ochrony zdrowia. W polskiej konstytucji przyjęto wyraźne założenie, że za ochronę zdrowia odpowiada państwo. Podkreślam: państwo, a nie podmioty prywatne. Trzeba więc w pełni przyjąć odpowiedzialność, określić jej zakres, sposoby działania. Dla podmiotów prywatnych widzę pole działania poza tym zakresem.

**Ale przecież prywatne podmioty mogłyby istotnie pomóc państwu w realizowaniu publicznej misji. Zaden przepis nie przesądza, że niedopuszczalne jest, by pewnego zakresu odpowiedzialności za zdrowie obywateli państwo nie mogło scedować na firmy prywatne. Dzieje się tak choćby w wypadku POZ, prywatnych praktyk specjalistycznych, dlaczego nie w wypadku szpitali?**

Owszem, dzieje się tak i będzie się tak działo, ale nie jest to żaden powód do zadowolenia. Najgorsze w ochronie zdrowia nie jest ani to, co dzieje się w podmiotach publicznych, ani to, co w prywatnych. Najgorsze dzieje się na styku obu tych działów. A to np. w wypadku prywatnej praktyki specjalistycznej, którą po godzinach pracy „na państwowym” prowadzi ordynator oddziału publicznego szpitala. Chodzi o to, by oba segmenty się uzupełniały, a także by publiczna służba zdrowia była ściśle i jasno oddzielona od pry-

**WARTO SIĘ ZASTANOWIĆ,**

**CZY NIE NALEŻY ZWOLNIĆ POWIATÓW**

**Z OBOWIĄZKU PROWADZENIA SZPITALI**

watnej. Należy również rozważyć to, by w przyszłości oddzielić zatrudnienie w podmiotach publicznych od prowadzenia własnej praktyki i pracy w podmiotach prywatnych. Lekarz powinien dokonać wyboru – albo pracuje w publicznej, albo w prywatnej służbie zdrowia.

### To przecież groziłoby paraliżem całej polskiej ochrony zdrowia.

Zgadzam się, że w obecnych warunkach jest to nie do przeprowadzenia. To kwestia strategii, planowania na wiele lat naprzód. Fakt patologicznego wzrostu publicznej służby zdrowia z prywatnymi podmiotami jest przedmiotem publicznej krytyki, nie tylko ze strony ekspertów, ale przede wszystkim ze strony pacjentów. A to dla nich jest ten system. Warto i trzeba ich słuchać.

**Największym krytykiem proponowanych przez PiS zmian w służbie zdrowia wcale nie są jednak podmioty prywatne, ale samorządy. Protestują powiaty, twierdząc, że przy nowych, wprowadzanych właśnie wymogach nie będą w stanie odpowiednio prowadzić szpitali.**

Wiele powiatów nie jest w stanie zapewnić na swoim terenie odpowiedniej opieki zdrowotnej, zwłaszcza na poziomie szpitalnym. Proszę zauważyć, że w Polsce powiat powiatowi nierówny. Są takie, których stolicami są kilkudziesięciotysięczne miasta, są i takie, których stolicami są małe miasteczka. Do tego części oddziałów szpitalnych nie warto utrzymywać wyłącznie dla jednego powiatu. Co innego dla regionu. To wszystko sprawia, że warto się zastanowić nad tym, czy nie należy zwolnić powiatów z obowiązku prowadzenia szpitali. Nie mamy jeszcze jednoznacznej konkluzji, ale być może sytuacja wymusi na nas przyspieszenie zmian w tym zakresie. Prócz tego, że taka konieczność wynika bezpośrednio z opracowanych właśnie map potrzeb zdrowotnych, jest jeszcze dodatkowy argument. Polskie szpitale tracą na tym, że są zarządzane przez różne podmioty. Są wśród nich powiaty, miasta, województwa, uczelnie medyczne, Ministerstwo Zdrowia, Obrony Narodowej czy Spraw Wewnętrznych. Trudno w takim galimatiasie planować racjonalną politykę. Powinniśmy dążyć do tego, by szpitale w regionie prowadził jeden podmiot.

*Rozmawiali: Kamilla Gębska, Bartłomiej Leśniewski*