

Potrzebne nam są zarówno szpitale publiczne, jak i prywatne. Publiczne powinno być to co trudne, co zapewnia bezpieczeństwo leczenia obywateli, wszystko co ponadto, powinno być prywatne



Fałszywa alternatywa

Ochrona zdrowia prywatna czy państwowa? – ten dylemat ciągle dzieli Polaków. Państwowa to dla jednych synonim niegospodarności, a prywatna – to w opinii przeciwników – drapieżna, bezwzględna w dążeniu do zysku. I tak sobie dyskutujemy, odbijając się od ściany (argumentów) do ściany. A przecież prawda jest bardziej złożona, bywają gospodarne szpitale publiczne i bardzo dobre pod każdym względem szpitale prywatne.

Podczas organizowanej niedawno przez nas konferencji *Koło ratunkowe dla szpitali* (patrz relacja s. 26) Andrzej Sokołowski omawiał strukturę szpitalnictwa w poszczególnych krajach europejskich, a szczególną uwagę zwrócił na system portugalski. Składa się on z trzech poziomów szpitalnictwa, od jednostek wielospecjalistycznych po jednospecjalistyczne. W uproszczeniu można powiedzieć, że u góry systemu jednostki są publiczne, a im niżej, tym więcej prywatnych. Czy tak nie może być też u nas? Czy musimy ciągle dyskutować nad tą samą bzdurną alternatywą?

Przeciwnicy prywatnych szpitali twierdzą, że nie będą one wykonywały nieopłacalnych procedur. I słusznie. Wystarczy jednak zmienić ich wyceny i po problemie. Proste? Natomiast słuszny wydaje się argument, że trudno prawidłowo wycenić np. pracę w dużych izbach przyjęć, oddziałach ratunkowych, na OIOM, czy leczenie wysokospecjalistyczne, np. zapalenia osierdzia – o czym m.in. mówi na naszych łamach prof. Religa (patrz wywiad s. 8). Problem ten dałoby się rozwiązać, gdyby utworzono sieć szpitali publicznych. Jednak nie tak, jak robiono to za czasów Religi – gdy proponowano, aby w sieci znalazły się praktycznie wszystkie szpitale. Sieć powinna być niewielka, składać się ze 150–200 szpitali, a znalezienie się w niej powinno być nie przywilejem, a obowiązkiem, o czym na naszych łamach mówił Adam Kozierkiewicz (patrz *Menedżer Zdrowia* nr 6/2006, s. 32).

Potrzebne nam są więc zarówno szpitale publiczne, jak i prywatne. Publiczne powinno być to co trudne, co zapewnia bezpieczeństwo leczenia obywateli, wszystko co ponadto, powinno być prywatne.

Janusz Michalak
redaktor naczelny

Głośniej!

*Czy ten ptak gniazdo kala, co je kala,
Czy ten, co mówić o tym nie pozwala?*

Cyprian Kamil Norwid



Spytałam niedawno naszego rozmówcę z poprzedniego numeru, dr. Grzegorza Luboińskiego, czy były reperkusje wywiadu, jakiego udzielił naszemu miesięcznikowi. Przypomnijmy: padły w nim ciężkie zarzuty wobec profesury w medycynie – o awansie decydują układy, niestuszenie i szkodliwie dla pacjenta mieszane są funkcje naukowca i lekarza, polska medycyna jest skansenem feudalizmu. Otóż reperkusje były. Doktor odebrał kilka telefonów z gratulacjami i wyrazami podziwu, że jest tak odważny, że nie obawia się głośno mówić tego, o czym się szepcze. Było też trochę słów oburzenia. Napawa mnie to smutkiem. Relacje pacjent-lekarz, lekarz-lekarz i lekarz-administrator są kluczowe dla poprawnego funkcjonowania całego systemu. Bez uzdrowienia tych relacji nie naprawimy niczego w naszej medycynie.

Od lat uczestniczę w rozmaitych konferencjach. Jest lista prelegentów, często zamieszczane są krótkie ich biogramy. Tylko podczas jednej (na przestrzeni wielu lat!) dołączone były oświadczenia prelegentów, że współpracowali bądź nie z danym producentem leku czy aparatury.

Odbyłam też rozmowę z pewnym znanym profesorem medycyny. Gniewał się na media i przekonywał, że to przez dziennikarzy lekarz ma łatkę łapownika. A to szkodliwe dla pacjenta, bo pacjent nie ma zaufania. I ciszej nad tą trumną. Ja poproszę o hałas.

Justyna Wojteczek
z-ca red. naczelnego