



ENTROPIA

Nasz system opieki zdrowotnej nie dąży ku żadnemu zdefiniowanemu celowi. Ufając w to, że „niewidoczna ręka rynku” skonstruuje system spełniający nasze oczekiwania, popełniamy niewybaczalny błąd. Jedynym efektem zaniechania świadomej kreacji rynku usługodawców będzie niesymetryczny rozwój: w nadmiarze tego, co się opłaca, totalny brak tego, co nieopłacalne.

Entropia to pojęcie z termodynamiki, lecz używane czasem przy opisie systemowego bałaganu. Tak jak w układach termodynamicznych jest miarą nieuporządkowania systemu i odbywających się w nim samorzutnie procesów wewnętrznych, bez działania czynników z zewnątrz. Zgodnie z prawami fizyki, jeżeli układ przechodzi spontanicznie z jednego stanu w drugi, to jego entropia rośnie. Oczywiście pojęcie entropii występuje w wielu innych dziedzinach nauki, lecz pozostaniemy przy tak uproszczonym opisie.

Jeżeli spojrzymy na nasz system opieki zdrowotnej jako na odosobniony układ, to także w jego wypadku

możemy kolokwialnie używać pojęcia entropii, będącej miarą nie tylko jego nieuporządkowania, lecz także postępującej dezorganizacji. Pojęcie to można stosować również dlatego, że od dobrych kilku lat w systemie nie dokonano żadnych istotnych zmian, takich jak zmiana sposobu finansowania czy wprowadzenie rzeczywistych mechanizmów rynkowych przy wyborze realizatorów. Jednocześnie przeprowadza się wiele mało istotnych, choć spektakularnych zmian wewnątrz systemu, takich jak obecnie forsowany pakiet onkologiczny, które jedną formę dezorganizacji zastępują inną, a entropia układu rośnie.

Sieć jako miara potrzeb

Od wielu, wielu lat dyskutuje się o potrzebie utworzenia tzw. sieci świadczeniodawców. Oczywiście pod pojęciem sieci każdy rozumie co innego, najczęściej to, co jest dla niego korzystne. Dla związkowców i samorządowców, ale też wielu polityków, sieć to działające jednostki publiczne, ewentualnie uzupełnione o dodatkowe oddziały i poradnie. Takie populistyczno-zachowawcze widzenie sieci powoduje, że wiele innych środowisk, w tym przedstawiciele podmiotów niepublicznych, totalnie krytykuje wszelkie próby jej tworzenia, poniekąd słusznie uważając, że zamknie to rynek dla nowych produktów i podmiotów, skazując nas na korzystanie z dotychczas istniejących. Niestety, władza nakazuje widzieć sieć w taki właśnie ułomny sposób, ponieważ pod pretekstem zmian w systemie zamroziła na koniec 2013 r. do (aktualnie!) połowy 2016 r. konkursy organizowane przez NFZ pod hasłem przeprowadzenia zmian w systemie. Ponieważ jedną z tych zmian jest właśnie stworzenie sieci, narasta podejrzenie, że sieć będzie dla istniejących podmiotów, a wszelkie dodatkowe produkty będą ściśle reglamentowane.

Tymczasem to właśnie sieć, opisana jako liczba i rodzaj podmiotów leczniczych niezbędnych do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych na określonym obszarze, do której konkurowaliby na transparentnych zasadach wszyscy oferenci niezależnie od swojej natury (publicznej czy niepublicznej) i czasu istnienia na rynku, wymogłaby podniesienie jakości usług, a także efektywność wykorzystania posiadanych funduszy. O niewystarczającej ilości pieniędzy za chwilę, ale jakiegokolwiek by one były, nic nie zwalnia nas z obowiązku wydatkowania ich z sensem.

**OD WIELU, WIELU LAT DYSKUTUJE SIĘ
O POTRZEBIE UTWORZENIA
TZW. SIECI ŚWIADCZENIODAWCÓW.
OCZYWIŚCIE POD POJĘCIEM SIECI KAŻDY
ROZUMIE CO INNEGO, NAJCZĘŚCIEJ TO
CO JEST DLA NIEGO KORZYSTNE**

Narodowy Fundusz Zdrowia przeprowadza konkursy – a w zasadzie od roku już nawet nie przeprowadza, w których to sami urzędnicy decydują, że w tym roku na tzw. obszarze kontraktowania zakupione zostaną określone usługi np. w siedmiu podmiotach. Czemu nie w czterech albo ośmiu – nikt nie wie. Dobrych kilka lat temu prezes Paszkiewicz w jednym z zarządzeń, broniąc się przed żywiołowym rozwojem, określił liczbę pracowni kardiologii interwencyjnej według wskaźnika populacyjnego. Ale ani nie miał do tego podstaw ustawowych, ani nie potrafił się obronić przed lobbymingiem kardiologów – dość, że zapis ten pozostał martwą literą.

Opisując obecną „sieć” szpitali i przychodni publicznych czy niepublicznych, możemy zauważyć ich gigantyczną asymetrię, z przesyleniem podmiotami w dużych aglomeracjach i brakami na tzw. prowincji. Równocześnie asymetria ta dotyczy różnych województw – lepsza dostępność usług na Mazowszu, Śląsku czy w Małopolsce, a gorsza w Lubuskim czy na Podkarpaciu. Na koniec, w każdym z województw, nawet w tych „lepszyc”, są zupełnie niespodziewane

Maciej Hamankiewicz prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Nowoczesna ochrona zdrowia wymaga planowania i organizacji. Ale wątpię, czy tą organizacją powinny się zajmować instytucje i urzędy bezpośrednio zależne od polityków. Robią to źle. W czasach gdy nie istniały jeszcze resorty zdrowia, narodowe fundusze, setki instytucji zależnych od budżetu państwa – pacjenci byli leczeni, lekarze także w wielu wypadkach udzielali bezpłatnie pomocy najuboższym, były instytucje charytatywne prowadzące działalność leczniczą. Z czasem powstały nowoczesne instytucje ubezpieczeniowe, o wyrób nowoczesnych leków troszczyły się firmy farmaceutyczne, lekarze nieotrzymujący pieniędzy budżetowych wymyślali i wdrażali w życie coraz doskonalsze terapie. Cóż robią instytucje z urzę-



Fot. PAP/Grzegorz Michalowski

du i nadania władz państwowych dzisiaj? Oszukują i pacjentów, i lekarzy, i wszystkich innych interesariuszy. Pacjentów oszukują, bo nieprawdziwie zapewniają ich, że należą im się wszystkie terapie, choć z góry wiadomo, że nie zamierzają tej obietnicy dotrzymać. Poszkodowani są też świadczeniodawcy, którzy zamiast leczyć dobrze – muszą pilnować, by państwo za to leczenie zapłaciło jak najmniej. Za swoje pośrednictwo i prowadzenie nieustannych propagandowych gier instytucje te pobierają stoną prowizję. Żyją z tego – i to nieźle.

Dokąd dryfuje tak prowadzony system? Mam nadzieję, że do upadku, który w końcu pozwoli odbudować starą i po części do dziś utrzymaną w innych krajach naturalną równowagę między pacjentami, lekarzami i innymi podmiotami rynku medycznego.

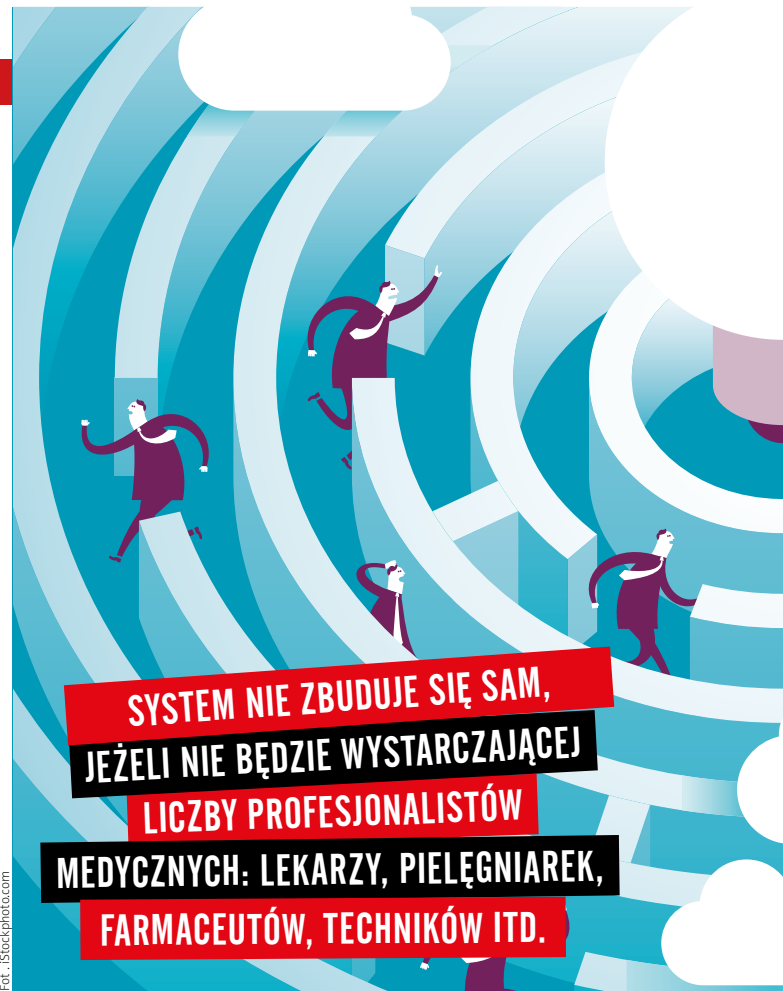
czarne dziury w obrębie niektórych specjalności. Ponad cztery lata temu, pisząc artykuł na temat onkologii, ze zdziwieniem stwierdziłem, że na Śląsku, mającym drugą w kraju infrastrukturę szpitalną, drastycznie brakuje chirurgów onkologów. Czy ten stan do dziś radykalnie się poprawił? Nie wiem.

Utworzenie sieci spowodowałoby, że w zależności od czynników demograficznych i epidemiologicznych w kraju podzielonym na obszary kontraktowania docelowo istniałoby tyle oddziałów i przychodni wszelkich typów, jakie są rzeczywiste potrzeby społeczne. Każdy mógłby świadczyć usługi, pod warunkiem że był lepszy od innych. Sieć byłaby strukturą dynamiczną, uwzględniającą aktualny potencjał wszystkich działających na rynku podmiotów i stymulującą ich rozwój w kierunkach, na które istnieje zapotrzebowanie.

Wycena jako stymulator rozwoju

Wycena świadczeń zdrowotnych ma podstawowe znaczenie dla kształtowania liczby podmiotów leczniczych i ich specjalności – ten fakt nie podlega specjalnej dyskusji. Jest oczywiste, że jeżeli jakieś świadczenia są dobrze wycenione, to liczba chętnych do ich udzielania jest duża. I na odwrót, zła wycena świadczeń powoduje, że podmioty posiadające takie oddziały czy poradnie chętnie je przebrązawiają, a nawet likwidują. Przykładem dobrych wycen jest kardiologia inwazyjna, która rozwinęła się w taki sposób, że możemy się śmiało porównywać z krajami wysoko rozwiniętymi. Czasami te wyceny, z nie do końca wiadomych powodów, są wyższe niż w innych krajach, czego przykładem jest okulistyka – wycena procedury wszczepienia sztucznej soczewki w przebiegu zaćmy jest znacznie wyższa niż w sąsiednich Czechach. Po przeciwnej stronie są niektóre wyceny świadczeń pediatrycznych czy chorób wewnętrznych. Właśnie to niedoszacowanie wycen połączone z lokalnymi ambicjami polityków i zarządców szpitali spowodowało w poprzednich latach masowe przebrązawianie oddziałów wewnętrznych, zwłaszcza w dużych szpitalach, w oddziały specjalistyczne. Następstwem jest brak łóżek wewnętrznych w większości dużych miast.

Temat braku właściwej taryfikacji usług zdrowotnych, uwzględniającej ustandaryzowane koszty ich udzielania i rozsądną marżę, jest walcowany od lat. Już w 2005 r. Jerzy Hausner postulował pilne utworzenie w tym celu Agencji Taryfikacji. Obecnie ma się tym zająć Agencja Oceny Technologii Medycznych. Rzetelna wycena usług we wszystkich zakresach zajmie prawdopodobnie kilka lat, więc tym bardziej szkoda, że poprzednie lata zostały zmarnowane. Oczywiście wciąż tli się obawa, że taryfikacja może zostać dokonana w podobny sposób jak opracowanie koszyka usług zdrowotnych, kiedy bezrefleksyjnie skopiowano istniejące katalogi NFZ, aby odnieść sukces polityczny. A przecież to NFZ, bez delegacji ustawowej, ciągle nam te wyceny ustala. Raz podwyższa, innym razem



obniża, przy czym nikt nie zna metodologii stosowanej przy zmianie wycen. Czy to jest prosty brak kasy (obniżka), czy lobbing (podwyżka). A bez rzetelnej wyceny prowadzącej chociażby do zbliżonej rentowności wykonywania poszczególnych procedur medycznych nigdy nie wyjdziemy z zakłętego kręgu wydłubywania rodzynek z ciasta.

Prywatna opieka zdrowotna jak sieć supermarketów

Opinia, że wolny rynek i swoboda uruchamiania działalności medycznej w dowolnym miejscu doprowadzą do stanu równowagi i utworzenia oczekiwanej sieci świadczeniodawców, jest moim zdaniem wysoce ryzykowna. Istnieje kwestia asymetrii informacji pomiędzy profesjonalistą medycznym a konsumentem – pacjentem, powodująca, że każdemu człowiekowi można wykonać niemal dowolne świadczenie medyczne. Jak to określono w znanym dowcipie, nie ma ludzi zdrowych, są tylko nieprzebadani. W pewnym sensie potwierdza to ukochaną przez polityków tezę, że niezależnie od ilości pieniędzy publicznych przeznaczonych na ochronę zdrowia zawsze będzie ich za mało. Jednak potwierdzenie, jak w rzeczywistości działa rynek, można znaleźć w zupełnie niespodziewanym miejscu, a mianowicie w subsystemie działającym komercyjnie.

Działalność czysto komercyjna, pomimo medialnego zadęcia, obejmuje tylko stosunkowo skromną liczbę udzielanych usług. Na dodatek koncentruje się na działalności ambulatoryjnej i diagnostyce oraz w prawie każdym możliwym miejscu próbuje lewarować swoje przychody kontraktem z publicznym płatnikiem. Jed-



nak jest to subsystem, w którym teoretycznie ograniczenia finansowe i organizacyjne, jakie narzuca NFZ, nie istnieją. Czy jednak podmioty tego systemu rozwijają się równomiernie? Okazuje się, że absolutnie nie.

System komercyjny rozwija się przede wszystkim tam, gdzie z jednej strony źle działa służba zdrowia finansowana przez publicznego płatnika, a z drugiej istnieje duża liczba osób posiadających wystarczające zasoby finansowe, aby samodzielnie sfinansować własne leczenie, bądź istnieje wiele bogatych firm chcących wykupić paraubezpieczenie (abonament medyczny) dla swoich pracowników. Stąd całkiem niezły rozwój takich firm w metropoliach, wątki w większych miastach i prawie całkowita ich nieobecność na prowincji. Zar-

tbliwie można powiedzieć, że sieć podmiotów leczniczych działających poza systemem publicznego płatnika przypomina wczesną ekspansję galerii handlowych. Najpierw w Warszawie, później w innych wielkich miastach, a dopiero ostatnio w mniejszych. Tak w jednym, jak i w drugim wypadku jest to związane z zasobnością społeczeństwa, które może zapewnić taką liczbę potencjalnych klientów, aby działalność była opłacalna.

System bez pieniędzy jak wyczyny barona Münchhausena

Jak się człowiek nie obróci, to... i tak trzeba zacząć od braku pieniędzy w systemie. Gdyby było ich wystarczająco dużo, nie rozmawialibyśmy o działalności komercyjnej, współpłaceni ani ubezpieczeniach suplementarnych. We wszystkich systemach na świecie funduszy brakuje, ale ich niedobór w Polsce jest skrajnością. Za czasów PRL Jan Pietrzak żartował, że w różnych dziedzinach życia jesteśmy albo przed Albanią, albo za Albanią. Czy teraz, po 25 latach wolności, możemy być dumni, że z jakością systemu ochrony zdrowia jesteśmy zaledwie przed Rumunią? Zresztą nie wiadomo, jak długo.

Żaden rynek nie sprawi, że bez pieniędzy zbudujemy dobrą opiekę zdrowotną. Bez nakładów publicznych nie stworzymy podstaw systemu, przy biednym społeczeństwie niewielu zapłaci samodzielnie czy się ubezpieczy. Nasi umiłowani przywódcy od kilku dobrych lat próbują wzorem barona Münchhausena, który sam się wyciągnął za włosy z bagna, dokonywać cudów. Dobrowolna komercjalizacja pozwoliła wykorzystać narzędzia istniejące w kodeksie spółek handlowych, aby lepiej zarządzać podmiotem leczniczym niż w anachronicznym SPZOZ. Ale bez większych pieniędzy nie doprowadziło to do radykalnej poprawy ich sytuacji, nałożono tylko większą odpowiedzialność finansową na ich organy założycielskie. Ustawa refundacyjna, generalnie obniżając ceny leków, nie doprowadziła do większej dostępności

Andrzej Sokołowski

szef Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Niepublicznych

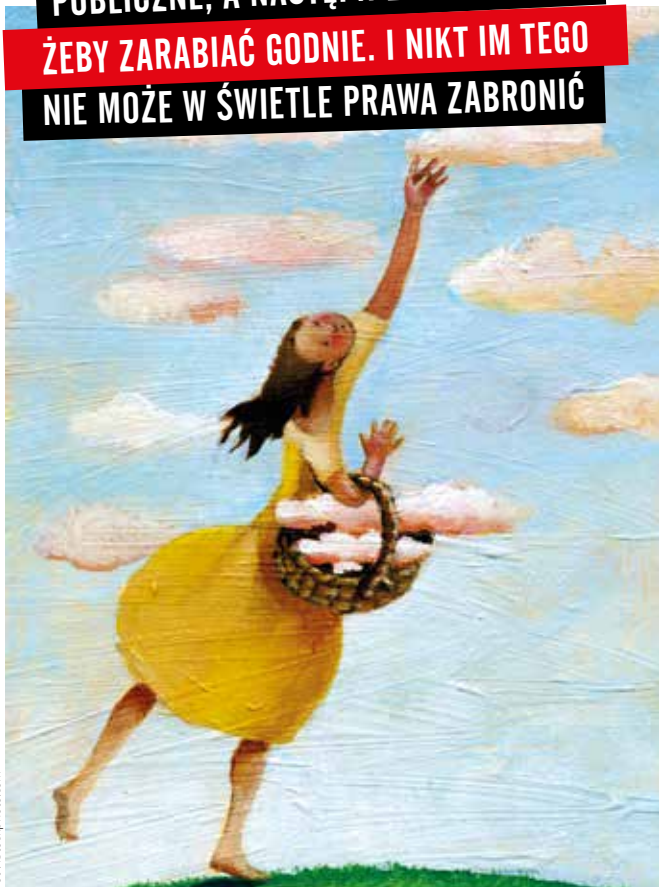


System nieuchronnie stacza się do polityki „gaszenia pożarów”, do polityki aktywnej. Na skutek zaniedbań, bzdurnych zarządzeń, fatalnych działań podyktowanych naciskami lobbies zaniedbany zostaje jeden z elementów systemu. Dochodzi do tragedii, sprawę nagłaśniają media, podejmowane są kroki zaradcze. Znajdują się pieniądze, na ogół w kasach innych działek medycyny, coś się poprawia, psując drugie, w działce, której pieniądze zabrano. I tak od akcji do akcji. W efekcie nie-

ustannie coś naprawiamy kosztem psucia czegoś innego.

Jak się okazuje, tą metodą politycy zawiadujący ochroną zdrowia przez długie lata mogą utrzymać swoje stanowiska. Tyle że jest to metoda obśmiana wielokrotnie w czasach PRL, choćby w piosence „co się polepszy, to się popieprzy”. Tą metodą dojdziemy do tego, że te same pieniądze raz jedne grupy lekarzy zaborą drugim, innym razem na odwrót. To wszystko naraz doprowadzi do sytuacji, że cały system przelewania z pustego w próżne nie wytrzyma. Z nowym akumulatorem, ale na starych oponach nie zajedziemy daleko.

**POLSKA JEST NAJWIĘKSZYM EKSPORTEREM
SPECJALISTÓW, NIE TYLKO MEDYCZNYCH, W UE.
LUDZIE KSZTAŁCĄ SIĘ ZA PIENIĄDZE
PUBLICZNE, A NASTĘPNI WYJEŹDZAJĄ,
ŻEBY ZARABIAĆ GODNIE. I NIKT IM TEGO
NIE MOŻE W ŚWIETLE PRAWA ZABRONIĆ**



Fot. iStockphoto.com

innowacyjnych terapii, a jedynie obniżyła koszty refundacji. Zresztą kosztem zwiększenia współpłacenia przez chorych. Obecny minister zdrowia zasadę pseudoreform doprowadził do perfekcji. Jeszcze niedawno radykalnie uzdrawiał system podstawowej opieki zdrowotnej, uzupełniając praktyki lekarzy rodzinnych praktykami internistyczno-pediatrycznymi. Prace trwały kilka miesięcy z odpowiednią otoczką medialną. A ile nowych praktyk potem powstało? Teraz jesteśmy w trakcie wprowadzania pakietu onkologicznego, który za te same pieniądze kosztem innych dziedzin medycyny ma doprowadzić polską opiekę onkologiczną na poziom co najmniej kardiologii interwencyjnej. Im bliżej 1 stycznia, tym większy lęk, że sprokurujemy potworka kosztem ciężko chorych ludzi.

Mam tylko nadzieję, że w trakcie przygotowań artykułu do druku pakiet zostanie wstrzymany i przekazany do uprzedniego pilotażu.

Brak profesjonalistów medycznych metodą na wyższe koszty i brak dostępności

System nie zbuduje się sam, jeżeli nie będzie wystarczającej liczby profesjonalistów medycznych: lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów, techników itd. Można ich kształcić z pieniędzy publicznych, można wprowadzić anglosaski system preferencyjnych kredytów, spłacanych potem przez lata, tak jak młodzi spłacają kredyty hipoteczne.

Pewne jest tylko jedno – bez odpowiedniej liczby profesjonalistów, z czym mamy do czynienia na coraz większą skalę, nie ma co mówić o tworzeniu jakiegokolwiek systemu. Nie będzie bezpieczeństwa i jakości,

Krzysztof Kuszewski

kierownik Zakładu Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia oraz Szpitalnictwa NIZP-PZH

Może zgodziłbym się z tezą, że w Polsce system ochrony zdrowia dryfuje donikąd, gdyby nie przeczyły temu twarde dane i dające do myślenia fakty. A to takie, że w ostatnich dziesięcioleciach polskie szpitale dokonały niebywałego postępu technologicznego, że leczą coraz skuteczniej, że rośnie średnia długość życia polskich pacjentów – jeden z podstawowych mierników sprawności systemu. Jak to możliwe, gdybyśmy dryfowali w niezbadanym i złym kierunku?

Niedawno uczestniczyłem w prezentacji kandydatów do nagrody Sukces Roku w Ochronie Zdrowia. W przesłuchaniach padały konkretne osiągnięcia, konkretne dokonania, ambitne plany, które albo już doczekały się realizacji, albo doczekają się w najbliższym czasie. Skąd



Fot. Wojciech Olkuszniak/Agencja Gazeta

to się bierze? Czy system jest zły, bo co rusz słyszymy o wypadkach niektórych szpitali? Czy dobry, bo możemy się poszczycić osiągnięciami na skalę świata? Nie ma prostej odpowiedzi, nasz system został zdecentralizowany, prowadzenie działalności leczniczej powierzono różnym podmiotom, różnym menedżerom. Jedni z nich doskonale odnajdują się w jego realiach, inni gorzej, a jeszcze inni fatalnie. Co zrobić, by tych pierwszych było jak najwięcej, a tych ostatnich jak najmniej? Nie ma kraju, w którym znaleziono odpowiedź na to pytanie, słabe szpitale są i w USA, i w chwalonej na ogół Japonii. Niebezpieczną pokusą jest uleganie magicznemu myśleniu, że można w sposób nakazowo-rozdzielczy wymyślić taki plan i przepisy, które na poziomie centralnym zadekretują: wszystkie szpitale mają być dobre. Próby wprowadzenia takiego „nakazowego” planu były podejmowane już w wielu krajach, na ogół z optakowanym skutkiem.

Ewa Borek

prezes Fundacji My Pacjenci

Użyłabym takiego porównania: można sobie wyobrazić, że koń zaprzężony w furmankę jest w stanie doprowadzić swój pojazd do celu podróży bez woźnicy, ale trudno wyobrazić to sobie w wypadku samolotu bez pilota. Ochrona zdrowia jest zbyt nowoczesna, stojące przed nią wyzwania są zbyt wielkie, a oczekiwania społeczne zbyt duże i uzasadnione, by wyobrazić sobie zostawienie tak wielu spraw w tej dziedzinie samopas. Do tego dochodzi strach rządzących przed zmianami. Mamy po części ochronę zdrowia zorganizowaną w latach powojennych, kiedy problemem była gruźlica, niedożywienie, choroby zakaźne. Wtedy potrafiliśmy ochronę zdrowia ustawić tak, by przeciwdziałać



foto: archiwum Fundacji My Pacjenci

najpoważniejszym zagrożeniom. I rzeczywiście potrafimy im zapobiegać do dziś. Nie jesteśmy natomiast w stanie stawić czoła nowym zagrożeniom cywilizacyjnym. W wielu krajach Zachodu funkcję koordynatora działań w tym zakresie przejmuje rząd, samorząd, organa publiczne czy instytucje ubezpieczeniowe. Na nowe zagrożenia potrzebny jest nowy sposób przeciwdziałania, wymagający dobrej koordynacji. My tej koordynacji nie mamy i obawiam się, że o ile nic się nie zmieni, pozostaniemy w tym samym miejscu, z którego wyszliśmy – w medycynie powojennej, dobrej i chwalonej pół wieku temu. Z jednym zastrzeżeniem: zawsze znajdują się tacy ludzie jak doktor Religa, którzy w najtrudniejszych nawet warunkach potrafią uczynić „cud”, stworzyć coś supernowoczesnego z niczego, wbrew okolicznościom.

jeżeli lekarz będzie pracował po 3, 4 dni bez przerwy, obojętnie – w jednym podmiocie leczniczym czy w kilku na przemian. To samo dotyczy pielęgniarek jeżdżących z jednego dwunastogodzinnego dyżuru na drugi.

Niedobór profesjonalistów medycznych jest następstwem głównie dwóch czynników: braku rozumu decydentów i... braku pieniędzy. Jedno wynika po części z drugiego. Chęć ograniczenia nakładów na szkolnictwo powoduje ograniczenie miejsc na studiach medycznych do liczby niewystarczającej do zapewnienia zastępowalności pokoleń, nie mówiąc o uzupełnieniu stanu chociażby do średniej w krajach OECD. To samo doprowadziło przed kilkunastu laty do zamknięcia liceów pielęgniarskich, co drastycznie ograniczyło dopływ świeżej kadry do zawodu.

W większości szpitali koszty płacowe stanowią 70–75 proc. kosztów całkowitych, a w niektórych miejscach (np. w szpitalach psychiatrycznych) nawet 90 proc. Dlatego zarządcy maksymalnie tną zatrudnienie i ograniczają wynagrodzenia. Z powodu braku profesjonalistów medycznych stoją często przed dramatycznym dylematem: zwiększyć wynagrodzenia i zadłużyć zakład czy być twardym i tracić kolejne osoby odchodzące do innych szpitali i przychodni. Tylko wykształcenie większej liczby lekarzy i pielęgniarek może doprowadzić do powstania rynku zatrudnienia, tzn. sytuacji, kiedy pracownicy szukają pracy, a nie praca ich.

Tego nie da się jednak uzyskać przy obecnym poziomie finansowania systemu, niegwarantującym profesjonalistom odpowiednich do ich kwalifikacji wynagrodzeń za pracę w wymiarze określonym przez dyrektywę o czasie pracy. Już teraz duża grupa lekarzy kształconych z pieniędzy publicznych po ukończeniu rezydentury czmycha za granicę. Ostatnio informowano, że Polska jest największym eksporterem specjali-

stów, nie tylko medycznych, w całej UE. Ludzie kształcą się z funduszy publicznych, a następnie wyjeżdżają, żeby zarabiać godnie. I nikt nie może im tego w świetle prawa zabronić. Nieco inna jest sytuacja w wypadku pielęgniarek. Likwidacja liceów pielęgniarskich i wprowadzenie konieczności uzyskiwania wyższego wykształcenia, przynajmniej na poziomie licencjatu, powoduje, że ponoć zaledwie 20 proc. absolwentek pielęgniarstwa podejmuje pracę w zawodzie (!). Tworzy to potężny dylemat: kształcić za publiczne pieniądze więcej profesjonalistów, którzy następnie wyemigrują lub podejmą pracę niezgodną z wykształceniem, czy dalej ograniczać ich kształcenie, aby zminimalizować straty. A może trzeba by zadać inne pytanie: zwiększyć finansowanie systemu tak, by profesjonalisci mogli uzyskiwać zarobki motywujące ich do pracy, czy brnąć dalej w ślepą uliczkę? Niestety na razie dominuje ten drugi wybór.

Redakcja „Menedżera Zdrowia” jako temat do artykułu zadała mi pytanie: czy wbrew pozorom jest możliwe, że niezależnie od okoliczności zewnętrznych i pomysłów naszych rządzących system ureguluje się sam? Odpowiedź, jak widać, jest smutna. To nie przyroda, która potrafi puszczać pędy nawet na granitowych skałach Przylądka Północnego, a po upadku kultur ludzkich zarastać doszczętnie ich siedziby. Bez umiejętnego zarządzania systemem uzyska się tylko tyle, że niektóre podmioty lecznicze – realizatorzy usług – zarobią jak na sprzedaży butów. Społeczeństwo, które jest czymś więcej niż konsumentem tych usług, nie uzyska tego, co mu się należy, choć dumnie predysponujemy do groń krajów wysoko rozwiniętych.

A entropia w systemie będzie dążyć do nieskończoności.

Maciej Biardzki