



W systemie opieki zdrowotnej w Polsce konieczne są fundamentalne zmiany. W pierwszej kolejności powinny one dotyczyć zasadniczych obszarów: organizacji systemu opieki zdrowotnej, problemu właściciela zakładów (przede wszystkim szpitali powiatowych), obligatoryjności zarządzania jakością świadczeń i odpowiednich instrumentów, ponownej integracji opieki zdrowotnej i społecznej oraz modelu finansowania świadczeń.

Po pierwsze, organizacja systemu opieki zdrowotnej

W pierwszej kolejności chodzi o zmiany struktury organizacyjnej jednostek: POZ, AOS, szpital dzienny, szpital opieki krótkoterminowej, szpital opieki długoterminowej, zakład opiekuńczo-leczniczy i pielęgnacyjno-opiekuńczy, ośrodek opieki paliatywnej. We wszystkich krajach poza Polską jednostki te funkcjonują w formie albo spółek, albo zakładów prywatnych (często działających w sieci), a także w formie zakładów prowadzonych przez fundacje i związki wyznaniowe. Wyłącznie w Polsce od czasu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (nieobowiązującej od kilku lat, uchwalonej w 1991 r.) działają one głównie w formie tzw. SPZOZ-ów. Decydenci wszystkich szczebli nadal starają się nie dostrzegać, że SPZOZ jest hybrydą formalnoprawną z pozorną samodzielnością i olbrzymią inercją działania. Podstawowe mankamenty formuły funkcjonowania SPZOZ-ów dotyczą obszarów finansowych (niedostateczne instrumenty prawne kontroli

finansowej, działanie w imię tzw. wyższej konieczności, brak określenia odpowiedzialności kierownika jednostki za ujemny wynik finansowy) oraz prawnych (niekompetentna rada społeczna bez żadnych możliwości władczych, wadliwe relacje prawne z organem założycielskim).

Z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (nowelizowana 46 razy) wynikają także rozmyte relacje właścicielskie, brak absolutorium dla zarządu szpitala, brak konsekwencji w przypadku niezatwierdzenia rocznego bilansu, brak wskazania weryfikatora bilansu, brak wpływu wyniku finansowego na dalsze funkcjonowanie jednostki (jednoznacznie z usankcjonowaniem zadłużania) itd. Mimo tych faktów większość zakładów dalej funkcjonuje w toksycznej formule SPZOZ-ów. Utrzymywanie tego stanu rzeczy jest pierwszą przyczyną braku jakiegokolwiek racjonalności systemu.

Między innymi w wyniku utrzymywania tej niezdrowej sytuacji właśnie został pobity kolejny rekord długów szpitali – 12 mld zł. Według Krzysztofa Czerkasa,

członka Rady Naczelnej Polskiej Federacji Szpitali, partnera i eksperta Formedis Medical Management & Consulting w Poznaniu oraz wykładowcy i eksperta Wyższej Szkoły Bankowej w Gdańsku, wzrost łącznej kwoty zobowiązań szpitali publicznych, przekraczającej po raz pierwszy w historii mityczną liczbę 12 mld zł, oznaczać może tylko jedno – z kondycją finansową szpitali jest gorzej, niż wszystkim mogło się dotychczas wydawać. Przyznaje, że najwyższe kwotowo od 15 lat zadłużenie szpitali publicznych to bomba, która pewnego dnia niespodziewanie wybuchnie.

Jerzy Gryglewicz, ekspert Uczelni Łazarskiego, w rozmowie z „Menedżerem Zdrowia” powiedział, że nie można się zadłużać w nieskończoność. I trudno się z tym nie zgodzić. System funkcjonuje dzięki parabancom, które wzięły na siebie współpracę finansową z zadłużonymi szpitalami, gdy tej współpracy odmawiały banki. Strach pomyśleć, co by się stało bez nich.

Szpitala powiatowe w ostatnich tygodniach kilkakrotnie ostrzegały, że wiele z nich zaczyna popadać w coraz większe zadłużenie lub staje w obliczu takiego niebezpieczeństwa, przede wszystkim przez gwałtownie rosnące koszty pracy.

Jarosław Komża, ekspert Związku Powiatów Polskich, stwierdził, że obraz, który kreśli resort zdrowia, daleko odbiega od rzeczywistości. Dane zebrane z 93 szpitali pokazują, że sytuacja finansowa ponad 60 proc. placówek znacznie się pogorszyła po wejściu do sieci. W latach 2015 i 2016 sytuacja była w miarę stabilna, w 2018 r. jednostki zaczęły odnotowywać dynamiczny wzrost strat. Dyrektorzy szpitali powiatowych podkreślają, że w 2018 r. finansowanie spadło do poziomu z roku 2015. Szpitale wskazywały przykładowo, że nieporozumieniem jest rozliczanie w ryczałcie świadczeń wykonywanych na OIT, bo w tych najdroższych jednostkach udziela się pomocy w stanach zagrożenia życia (element ratownictwa medycznego).

Według Andrzeja Sośnierza, zastępcy przewodniczącego sejmowej Komisji Zdrowia i posła Prawa i Sprawiedliwości, ustawa o tzw. sieci określa, że szpitale będą dostawać pieniądze z góry. Sośnierz przyznał, że wadliwy jest mechanizm budżetowania szpitali, który wpływa destrukcyjnie i zmienia pozycję pacjenta w systemie opieki zdrowotnej. Pacjent staje się „kosztem”, którego lepiej unikać, a nie „przychodem”. Szpital za określoną sumę pieniędzy ma leczyć bliżej nieokreśloną liczbę pacjentów.

Tymczasem, jak podkreślają eksperci, bez pilnych, radykalnych decyzji sytuacja będzie się dalej pogarszać. Profesor Wiesław Jędrzejczak stwierdził, że w ostatnich miesiącach niewiele uwagi poświęca się problemowi zadłużenia szpitali. Podał przykład z własnego podwórka: szpital nie mógł wykonać badań, bo do przetargu na niezbędne odczynniki nie zgłosiła się żadna firma. Powód? Zadłużony szpital CSK WUM nie płaci faktur.



Fot. istockphoto.com 5x

„Najbardziej rewolucyjna wydaje się propozycja zróżnicowania składki zdrowotnej ze względu na styl życia”

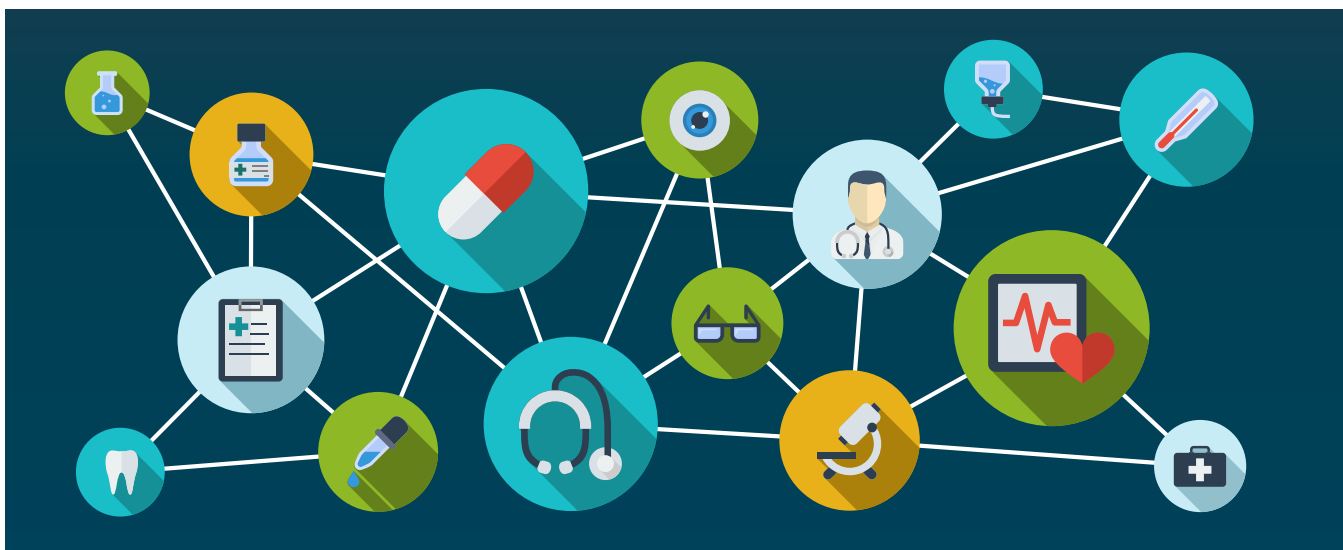
Drugim w kolejności problemem organizacji opieki zdrowotnej, nad którym dyskutuje się w Polsce od dwóch dekad (ostatnio na wrześniowym Forum Ekonomicznym w Krynicy), jest zbyt duża liczba tzw. ostrych łóżek szpitalnych oraz zaburzona (w stosunku do większości krajów rozwiniętych) struktura wydatków na zdrowie.

Adam Niedzielski, zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, mówi, że połowa budżetu NFZ jest przeznaczana na leczenie szpitalne. Uważa, że gdyby w Polsce udało się osiągnąć średni wskaźnik łóżek tzw. ostrych dla krajów UE (co oznaczałoby redukcję ich liczby o ok. 20 proc.), można by osiągnąć oszczędności w wysokości 10 mld zł. Te pieniądze mogłyby zostać skierowane do AOS lub na wzmocnienie POZ.

Ewa Borek, prezes Fundacji My Pacjenci, twierdzi, że w Europie leczenie szpitalne jako najbardziej kosztowne staje się ostatecznością i dotyczy wyłącznie problemów, których nie można leczyć ambulatoryjnie. Połowa interwencji szpitalnych w krajach UE to dziś pobyty jednodniowe, co czwarte łóżko szpitalne w Europie stało się zbędne.

W kategoriach ironii można potraktować fakt, że ostatnio proces redukcji łóżek opieki krótkoterminowej został uruchomiony w procesie wdrażania rozporządzenia dotyczącego norm obsady pielęgniarek i położnych.

Słusznie zwraca uwagę Tadeusz Jędrzejczyk, były prezes NFZ, że polskie szpitalnictwo najbardziej potrzebuje przedefiniowania swojej funkcji. Stwierdza, że coraz łatwiej i efektywniej można leczyć ambulatoryjnie, a jednocześnie kompleksowa pomoc ciężko chorym wymaga zaplecza kadrowego i sprzętowego przekraczającego możliwości nie tylko najmniejszych, ale nawet średnich szpitali. Te słuszne uwagi są w całkowitej



„Ponowne połączenie opieki zdrowotnej i społecznej w jednym resorcie jest potrzebą chwili”

sprzeczności z aktualną polityką Ministerstwa Zdrowia dotyczącą regulowania problematyki sieci szpitali.

W obliczu tych narastających lawinowo problemów trudno zrozumieć, dlaczego dotąd nikt z decydentów nie skorzystał z bardzo interesującej koncepcji firmy konsultingowej Formedis z Poznania (przedstawionej na łamach „Menedżera Zdrowia” w artykułach Piotra Magdziarza, partnera zarządzającego Formedis Medical Management & Consulting i Krzysztofa Czerkasa) polegającej na łączeniu małych, niewydolnych szpitali powiatowych w formie konsorcjów z jednym głównym szpitalem, który zapewniałby dla danego obszaru całodobową, wysokospecjalistyczną opiekę, w pierwszej kolejności w specjalnościach zabiegowych. Korzystając z tego udogodnienia, pozostałe szpitale – po przeprofilowaniu – świadczyłyby opiekę głównie w specjalnościach zachowawczych, długoterminowych i opiece pielęgnacyjno-opiekuńczej oraz terminalnej. Nie musiałyby ponosić ogromnych kosztów na zapewnianie wymaganych standardów w specjalnościach zabiegowych (SOR, OIT, blok operacyjny, centralna sterylizacja, wysokospecjalistyczna diagnostyka). Rozwiązanie to przyniosłoby kolosalne oszczędności. Uniknęlibyśmy wówczas nieuzasadnionych wydatków idących w miliardy złotych na bezsensowną (i stale realizowaną) rozbudowę małych, peryferyjnych szpitali, położonych blisko dużych szpitali w sąsiednich aglomeracjach (przykład rozbudowy szpitala w Łapach, Chmielniku, Nakle, Szubinie, Bełżycach, Białymstoku (szpital miej-

ski), Resku, Gryfinie, Goldapi, Szczepieszynie, Chojnowie, Pionkach i wielu innych).

Za koncentracją wykwalifikowanej kadry medycznej i sprzętu w miejscach udzielania wysokospecjalistycznych świadczeń opowiada się również Grzegorz Gierlak, dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie. Jego zdaniem w budowie nowego modelu organizacji systemu zabezpieczenia szpitalnego należy dążyć do sytuacji, w której osią jego rozplanowania będzie region (województwo) zapewniający optymalną sieć wysokospecjalistycznych ośrodków leczenia, odpowiedni do potrzeb potencjał łóżek intensywnej terapii w szpitalach opieki krótkoterminowej, a także określone lokalnymi potrzebami zasoby szpitali dziennych, długoterminowych i pielęgnacyjno-opiekuńczych. Proponowany sposób planowania i organizacji opieki zdrowotnej wymaga również co najmniej funkcjonalnego podporządkowania szpitali działających w regionie jednostce administracji państwowej (samorządowej) odpowiedzialnej za prowadzenie lokalnej polityki zdrowotnej.

W tym miejscu trzeba sprecyzować, czym powinna być rzeczywista sieć szpitali. Otóż pierwszym jej zadaniem jest przemodelowanie istniejącej bazy szpitali, ich struktury, rozmieszczenia i wzajemnej kooperacji. Musi ona ściśle korespondować z aktualnymi i przewidywanymi zmianami szpitalnictwa, które dokonują się w wielu krajach.

Największy dorobek w zakresie szpitalnych sieci mają Francja i Niemcy. Temat ten próbował podjąć także minister Religa. Zawsze bierze się pod uwagę aktualne wykorzystanie istniejących szpitali publicznych i niepublicznych, ich lokalizację, a przede wszystkim zbieżność ich oferty z aktualnymi i przyszłymi potrzebami zdrowotnymi ludności, dokumentowanymi przez mapy potrzeb zdrowotnych (wymóg UE).

Planowanie sieci dotyczy oczywiście wszystkich struktur leczenia szpitalnego, a w szczególności niezbędnych szpitali dziennych, szpitali monospecjalistycznych, opieki krótkoterminowej oraz opieki długoterminowej (w tym głównie szpitale i ośrodki rehabilitacyjne).

Bardzo ważnym kryterium jest również obligatoryjne potwierdzenie wymaganej jakości udzielanych świadczeń (licencje, akredytacja, certyfikaty ISO). Żadnego z tych warunków nie spełnia ustawa o tzw. sieci szpitali.

Jedyna naturalna, a zarazem konieczna dla bezpieczeństwa zdrowotnego ludności sieć szpitali już od kilkunastu lat w Polsce funkcjonuje. Jest to sieć szpitali ratownictwa medycznego, posiadających SOR, OIT i centra urazowe. Stanowi ona podstawę działalności Państwowego Ratownictwa Medycznego.

Kolejna sieć – „od góry”, czyli szpitale instytutów resortowych i jeden szczebel referencyjny niżej – wysoko specjalistyczne ośrodki regionalne (ponadwojewódzkie) oraz szpitale kliniczne, jest jeszcze stale przed nami. Dotyczy to głównie alokacji niezbędnych, regionalnych ośrodków leczenia oparzeń, ośrodków onkologicznych (obecnie trwają prace nad siecią ośrodków onkologicznych), toksykologicznych, kardiologicznych oraz tak ważnych dla pacjentów ośrodków kardiologii inwazyjnej, a także stopniowego wprowadzania w życie idei „jeden uniwersytet medyczny – jeden szpital kliniczny”.

Zdaniem prof. Pawła Buszmana, prezesa zarządu American Heart of Poland, sieci z wyłączeniem szpitali niepublicznych nie ma nigdzie na świecie. W Holandii sieć szpitali opiera się wyłącznie na placówkach prywatnych, których działalność jest ściśle regulowana przepisami. Twórzmy tak jak na zachodzie konsorcja publiczno-prywatne – apeluje prof. Buszman.

Sieci szpitali trzeba oczywiście systematycznie aktualizować, uwzględniając prognozy potrzeb zdrowotnych (w sposób niezadowolający sformułowane w aktualnych mapach potrzeb zdrowotnych).

Taką filozofię podejścia do sieci szpitali prezentował „Krajowy plan rozmieszczenia stacjonarnych zakładów opieki zdrowotnej (projekt krajowej sieci szpitali)” opublikowany w 1997 r. przez Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia – Zakład Szpitalnictwa (zlikwidowane przez Ministerstwo Zdrowia w 2000 r.).

W tym kontekście jednym z pilnych problemów polskiej opieki zdrowotnej jest jak najszybsze, rewolucyjne odejście od tzw. sieci szpitali, przeforsowanej wbrew oporowi samorządu zawodowego i wielu ekspertów ochrony zdrowia przez rząd premier Szydło.

Zdaniem przedstawicieli Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych (OSSP) reforma tego typu powinna być realizowana w odwrotnej kolejności – najpierw powinno się przyjąć kryteria jakości, następnie przyłożyć je do funkcjonujących w systemie szpitali oraz do możliwości finansowych płatnika i potrzeb

zdrowotnych społeczeństwa, a następnie dopiero wybrać realizatorów usług medycznych finansowanych ze środków publicznych.

Niestety obecne kierownictwo Ministerstwa Zdrowia rozważa wyłącznie kosmetykę aktualnej sieci szpitali, co oczywiście tylko pogorszy i tak już bardzo trudną sytuację placówek. Według kierownictwa resortu przewidywane są wyłącznie korekty tzw. ustawy o sieci, natomiast rewolucji nie będzie. Sieć szpitali zdaniem resortu spełnia swoje zadania (?), poprawia kondycję placówek (?) i zaspokaja potrzeby pacjentów (?).

O poprawie może mówić NFZ, który rzeczywiście pozbył się problemu nadwykonań (wypowiedź Andrzeja Jacyna, prezesa NFZ, podczas konferencji Priorytety w Ochronie Zdrowia), ale koszty w szpitalach „rozjechały się zupełnie” (wypowiedź Doroty Gałczyńskiej-Zych, dyrektor Szpitala Bielańskiego w trakcie konferencji Priorytety w Ochronie Zdrowia). Należy sądzić, że najbliższa przyszłość jeszcze bardziej boleśnie zwerfikuje tę sytuację.

Po drugie, jeden właściciel szpitali w regionie (województwie)

Ostatnie zmiany o charakterze reformy systemu wprowadził rząd Buzka w końcu lat 90. ubiegłego wieku i do dzisiaj odbijają się nam one niezłą czkawką. Chodzi przede wszystkim o oddanie szpitali samorządom powiatowym i wojewódzkim, co oznacza, że wszelkie decyzje w zakresie szpitalnictwa od 19 lat podejmowane są w sposób daleko nieprofesjonalny. Rzutuje to bezpośrednio na ogromne marnotrawstwo środków i zasobów, co stoi w sprzeczności z założeniami polityki rządu.

Na poparcie tych słów przywołajmy pierwszy z brzegu przykład – Białegostoku, który od wielu lat posiada istotny nadmiar szpitali. Istnieją tam: Szpital Kliniczny podległy Uniwersytetowi Medycznemu, Szpital Wojewódzki należący do Samorządu Wojewódzkiego, szereg wojewódzkich szpitali specjalistycznych, Kliniczny Szpital Dziecięcy oraz 100-lóżkowy Szpital Miejski z dwoma oddziałami wewnętrznymi należący do Urzędu Miasta. Ten ostatni szpital zamiast przekształcenia w tak potrzebny miastu zakład opiekuńczo-leczniczy, decyzją Zarządu Miasta i przy milczącej zgodzie podlaskiego NFZ jest rozbudowywany o kilka kondygnacji. Jest on całkowicie zbędny, bo potrzeby ludności są w pełni zaspokojone przez pozostałe wymienione wyżej szpitale. Fakt ten jednak nie ma żadnego znaczenia w sytuacji, gdy Zarząd Miasta też chce mieć własny szpital, możliwie duży i wielospecjalistyczny.

Taka sytuacja jest całkowicie niemożliwa w państwach europejskich (m.in. Francja), gdzie wszystkimi szpitalami w regionie zarządza jedna profesjonalna agencja podległa bezpośrednio ministrowi zdrowia. Takich przykładów jak Białystok jest niestety w Polsce bardzo wiele!

W celu uzdrowienia tej sytuacji powinno się jak najszybciej doprowadzić do tego, aby w poszczególnych województwach istniał jeden organ założycielski dla wszystkich szpitali. Optymalne rozwiązanie dla Polski to model francuski, w którym organem założycielskim dla szpitali są regionalne, profesjonalne rządowe agencje. Jeśli z przyczyn politycznych jest to na razie niemożliwe, to tym organem powinien być urząd wojewody.

Po trzecie, ponowna integracja opieki zdrowotnej i społecznej

Według generała prof. Grzegorza Gieleraka konieczna jest także większa integracja opieki społecznej i opieki zdrowotnej – tak w zakresie realizowanych zadań, jak i źródeł ich finansowania. Na problem ten zwraca od dawna uwagę krajowy nadzór specjalistyczny w geriatrii oraz takie autorytety, jak prof. Piotr Czauderna, przewodniczący Sekcji Ochrony Zdrowia w Narodowej Radzie Rozwoju przy Urzędzie Prezydenta RP. W 1991 r., po nieszczęsnej decyzji Jacka Kuronia (ówczesnego ministra polityki społecznej), rozdzielono w Polsce opiekę zdrowotną i społeczną. Dotyczy to zarówno opieki stacjonarnej (szpitali i domów pomocy społecznej), jak i szczebla podstawowego (podstawowa opieka zdrowotna i ośrodki opiekuńcze społeczne). Podobnie jak w przypadku SPZOZ-ów i tutaj wyróżniamy się bolesną nieracjonalnością.

„W celu uzdrowienia sytuacji powinno się jak najszybciej doprowadzić do tego, aby w poszczególnych województwach istniał jeden organ założycielski dla wszystkich szpitali”

Ponowne połączenie opieki zdrowotnej i społecznej w jednym resorcie jest potrzebą chwili. Nie można pracować (co obecnie się dzieje) nad koordynacją opieki zdrowotnej (KOZ) sprawowanej przez POZ bez uprzedniego zintegrowania opieki zdrowotnej i społecznej. Pozytywne efekty będą odczuwalne bardzo szybko w postaci objęcia procesem koordynacji również opieki socjalnej oraz m.in. ponownego zapewnienia w tzw. domach pomocy społecznej pożądanej opieki medycznej i rehabilitacyjnej dla pensjonariuszy. Stacjonarne ośrodki pomocy społecznej zostaną wówczas objęte systemem akredytacji oraz certyfikacji ISO.

Po czwarte, obligatoryjne zarządzanie jakością

Kolejnym dużym problemem oczekującym na pilne rozwiązanie jest wprowadzenie do zakładów opieki zdrowotnej obowiązku zarządzania jakością (również za przykładem Francji). Pozostawianie tej tak ważnej problematyki jako nieobligatoryjnej jest po prostu niezrozumiałe. Obecnie tzw. nieobowiązkowa jakość świadczeń realizowana jest głównie poprzez uzyskiwanie odpowiednich certyfikatów „krakowskiej” akredytacji oraz ISO. Nie negując przydatności tych systemów, musimy mieć na uwadze, że informują one raczej o przestrzeganiu wybranych standardów przez zakłady opieki zdrowotnej (głównie szpitale) niż o zarządzaniu jakością postępowania medycznego u poszczególnych pacjentów.

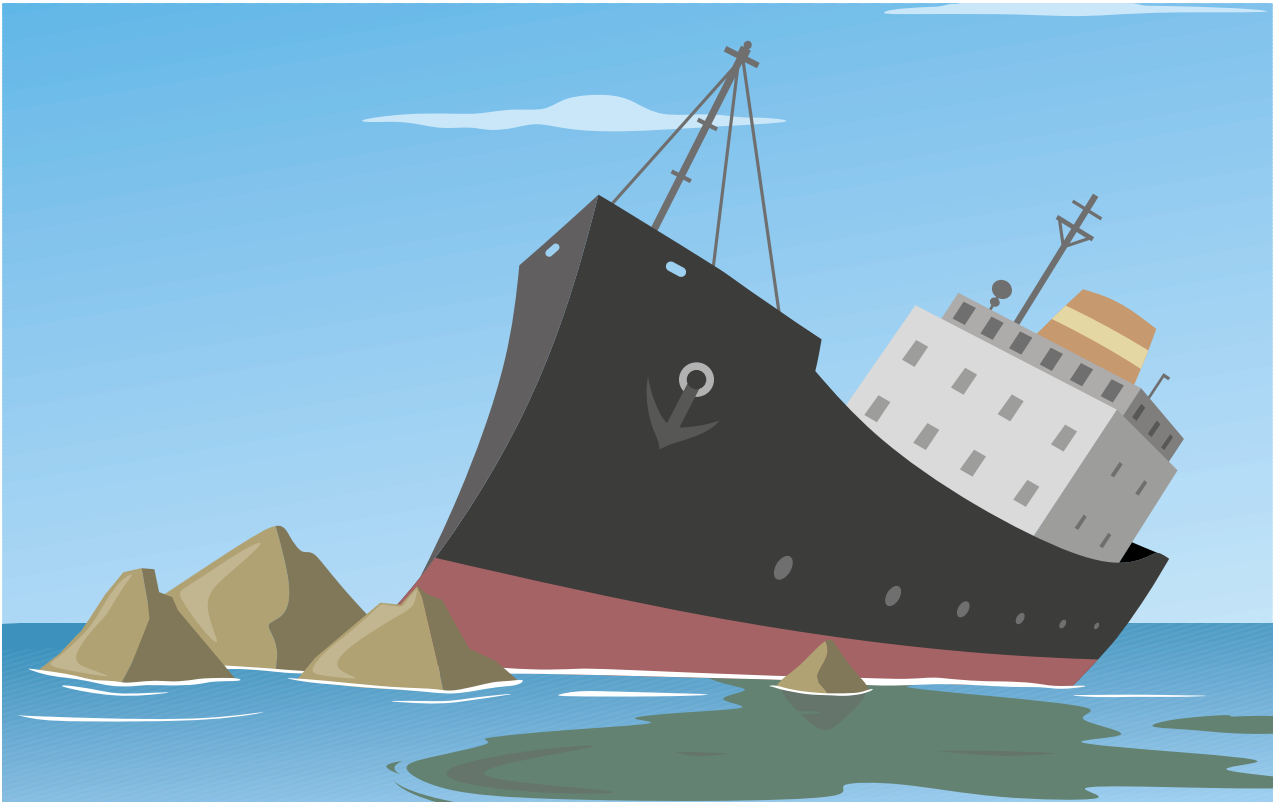
Według Strategii Walki z Rakiem w Polsce na lata 2015–2024 (*cancer plan*) opracowanej pod kierunkiem prof. Jacka Jassemę przez Polskie Towarzystwo Onkologiczne „należy obecnie stworzyć system zapewnienia jakości o szerszym niż dotychczas zasięgu i funkcji, bazujący na systematycznym i kompleksowym gromadzeniu danych o wynikach leczenia poszczególnych pacjentów, zdarzeniach niepożądanych i powikłaniach oraz zapewnienie ich okresowych publikacji”. Podobne informacje od wielu lat pozyskiwane są m.in. w Niemczech, gdzie całość prac w tym zakresie koordynuje Krajowy Instytut Szpitalnictwa w Düsseldorfie.

Profesor Maciej Krzakowski z Instytutu Onkologii w Warszawie uważa, że w Polsce powinien zostać pilnie wprowadzony obligatoryjny system nadzoru nad jakością postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u każdego pacjenta oraz nad szeroko pojętymi wynikami leczenia.

Brak obowiązku zarządzania przez jakość jest jednym z największych mankamentów opieki zdrowotnej w Polsce. Lekceważenie tej problematyki było według Ewy Borek przyczyną „braku kryterium jakości i bezpieczeństwa leczenia przy doborze placówek do tzw. sieci szpitali, co prowadzi bezpośrednio do postaw bagatelizowania przez personel tych aspektów działalności szpitala”.

Po piąte, model finansowania opieki zdrowotnej

6 lipca 2018 r., podczas konferencji współorganizowanej przez Polską Unię Onkologii, Instytut Studiów Politycznych Polskiej Akademii Nauk oraz Kolegium Lekarzy Rodziny w Polsce sformułowały pogląd, że w finansowaniu ochrony zdrowia przyszedł czas na radykalne decyzje. Co postulują eksperci? Najbardziej rewolucyjna wydaje się propozycja zróżnicowania składki zdrowotnej ze względu na styl życia: osoby, które nie dbają o zdrowie (palenie papierosów, otyłość itd.), miałyby płacić więcej niż ci, którzy stosują się do zaleceń i prowadzą zdrowy tryb życia. Osoby, które zdecydują się na podjęcie wysiłku powrotu do zdrowego stylu życia (np. przez uczestnictwo w kontrolowanym przez



lekarza POZ programie odchudzania), miałyby zyskać „ulgę fiskalną”.

Rewolucja miałaby nastąpić również po stronie wydatków: opierając się na popularnej (choć wciąż nietraktowanej serio) tezie, że pieniądze na ochronę zdrowia to inwestycja, a nie koszt, eksperci postulują radykalne skrócenie czasu oczekiwania na decyzje o refundacji leków, co umożliwiłoby Polakom dostęp do nowoczesnych terapii, które w licznych chorobach dają gwarancję wielu lat aktywności społecznej i zawodowej.

General Gielerak słusznie proponuje, aby finansowanie świadczeń medycznych było zróżnicowane w zależności od poziomu referencyjności usług realizowanych przez szpital. Uważa też, że w odniesieniu do instytutów i szpitali klinicznych w wycenie koniecznie należy uwzględnić kosztochłonność procedur, jakość usług i zdolność jednostki do kompleksowego, wielospecjalistycznego udzielania świadczeń medycznych, a także skalę trudności poszczególnych przypadków.

Konferencja pominęła niestety temat pożądanego zniesienia monopolu płatnika i wprowadzenia niezbędnej konkurencji między płatnikami – dysponentami środków publicznych. Należy z całą mocą podkreślić, że konkurencja po stronie płatnika jest podstawowym warunkiem optymalnego funkcjonowania szpitali w formie spółek prawa handlowego.

Wymienione zagadnienia to oczywiście nie wszystkie obszary polskiej ochrony zdrowia, w których potrzebne są radykalne zmiany. Jest oczywiste, że ich przygotowanie nie jest zadaniem dla urzędu ministra

„ Utrzymywanie status quo przypomina kontynuację rejsu Titanica, na którego los nie zasługuje polska opieka zdrowotna, a w szczególności nasi pacjenci ”

tylko dla profesjonalnego zaplecza eksperckiego resortu, którego stworzenie jest potrzebą numer jeden.

Trzeba zacząć od reanimacji Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, odtworzenia byłego Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia oraz jego odpowiedników w województwach. Pozostaje również współpraca (przy wykorzystaniu środków UE) z firmą Ernst & Young, pozytywnie zweryfikowaną przy tworzeniu *cancer planu* dla Polski.

Jedno jest oczywiste, utrzymywanie status quo przypomina kontynuację rejsu Titanica, na którego los nie zasługuje polska opieka zdrowotna, a w szczególności nasi pacjenci.

dr med. Maciej Murkowski
Autor jest ekspertem ochrony zdrowia oraz
wykładowcą akademickim w Wyższej Szkole Inżynierii i Zdrowia
i w Wyższej Szkole Menedżerskiej w Warszawie.