

JAK WPAŚĆ W SWOJĄ

WŁASNĄ SIĘĆ



Sieć szpitali już mieliśmy, w czasach PRL. I cóż nas ugryzło, żeby do niej wracać? Niepotrzebne inwestycje, brak możliwości zaplanowania podstaw finansowych działalności leczniczej – to wszystko sprawiło, że zdaniem ekspertów rzeczywiście najbardziej strategiczna część polskich szpitali nie powinna w zupełności podlegać regułom rynku medycznego. Stąd dziesięć lat temu padł pomysł, podchwycony i ostatecznie sformułowany przez profesora Religę, wtedy ministra zdrowia: stwórzmy sieć szpitali fundamentalnych dla bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków. Wyłączmy te najważniejsze spod działań rynku, bo to szkodzi. Najważniejsze lecznice – i owszem, ale dlaczego aż tyle szpitali?

Jeśli prawie wszystkie placówki publiczne znajdują się w sieci, to po co w ogóle ją robić? Możliwe, że tylko po to, by wyeliminować szpitale prywatne. Tyle że to nie one są najważniejszym problemem, ale nierównomierne rozmieszczenie jednostek publicznych. A powołanie sieci w proponowanym obecnie kształcie tylko umocni – by nie rzec: spetryfikuje – dzisiejsze *status quo*, wraz z całą złą alokacją środków.

To po co jeść tę żabę? Sieć jest potrzebna tylko ze względów politycznych. I psychologicznych – pacjenci potrzebują poczucia pewności, bezpieczeństwa. I to właśnie oferuje im obecny projekt. Jest to poważny argument „za”, tyle że podobny cel można by osiągnąć, gdyby w sieci znalazło się dwieście, a nie siedemset szpitali. Te dwieście stanowiłoby tzw. twarde jądro (20–30 proc. szpitali). Włączenie do sieci reszty – określanej mianem miękkiego targetu – nie ma sensu. Popsuje istotę idei na dwa sposoby. Po pierwsze utrudni funkcjonowanie potrzebnych nam szpitali spoza sieci, po drugie osłabi samą sieć, która z ważnych powodów powinna osłaniać jądro systemu, a nie chronić przed rynkiem nawet tych, którzy na żadną ochronę nie zasługują.

„Obecność w tzw. twardym jądrze dawałaby bezpieczeństwo, ale równocześnie nakładałaby więcej obowiązków. To zresztą należy wytłumaczyć jak najszybciej szefom placówek, bo dzisiaj wszyscy chcą się znaleźć w sieci, nie bardzo zdając sobie sprawę, jakie

będą tego konsekwencje” – tłumaczył w rozmowie z „Menedżerem Zdrowia” z 2006 r. Adam Kozierekiewicz, ekspert ochrony zdrowia (MZ nr 6/2006).

W obecnej propozycji tego właśnie nie uczyniono, a proporcje szpitali sieciowych do niesieciowych dokładnie odwrócono. A gdy już szczegóły rozporządzeń określią, co sieć szpitali powinna zabezpieczyć (nie działać, ale właśnie: zabezpieczyć), gdy ustalone zostaną stawki ze to zabezpieczanie (kasa ma być za zabezpieczanie, nie za leczenie), to się dopiero zacznie. Pacjent w szpitalu okaże się zbędny. Zniknie finansowa zachęta, by leczyć taniej i lepiej – bo i po co, skoro kasa jest stała.

Co będzie dalej? Mamy w tej sprawie kilkudziesięcioletnie polskie doświadczenia. Sieć w takim kształcie ułatwi urzędowy nadzór nad wydatkami. Będzie to miało jednak swoją cenę. Dziś szpitale jeszcze są pełne obaw. Ale niebawem okaże się, że sieć to instrument, który rzeczywiście część z nich pogryzą, ale części... uwije złote gniazdko. Już dziś największe problemy stwarzają w Polsce nie małe szpitale, a duże. – *Mały szpital – mały problem itp. Instytuty i duże szpitale wojewódzkie otwierają listy dłużników. No bo – spróbujcie nas zamknąć...* – zauważa Marek Wójcik, ekspert zdrowotny Związku Miast Polskich.

Złapał Kozak Tatarzyna? Czy raczej Tatarzyn za łeb trzyma...

Redakcja