

Własność publiczna ma swoje bardzo ciemne strony

# Interes państwa czy partii



Foto: iStockphoto.com

Powszechne przekonanie przedstawicieli klasy politycznej, że tylko własność publiczna infrastruktury medycznej jest gwarantem bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli i jakości świadczeń, zaskakuje swoją skalą. Pomiędzy wypowiedzi polityków, które zawsze można przypisać wyborczemu populizmowi. Przyjrzyjmy się faktom.

Zacznijmy od funduszy europejskich – tego, jak zaplanowano ich podział. Pieniądze na ochronę zdrowia, rozdzielane głównie za pośrednictwem programów operacyjnych Infrastruktura i Środowisko (POIS) czy Polska Cyfrowa (POPC), przeznaczone są na infrastrukturę publiczną i skierowane do „podmiotów leczniczych, a także przedsiębiorców powstałych z ich przekształcenia, utworzonych przez ministra lub centralny organ administracji rządowej, publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, instytuty badawcze prowadzące badania naukowe i prace rozwojowe w dziedzinie nauk medycznych, uczestniczące w systemie ochrony zdrowia”.

## Arbitralne decyzje

Ministerstwo Zdrowia przyjmuje, że takie podmioty z definicji pełnią funkcję ponadregionalną, której podmiot prywatny pełnić nie może. Dlaczego nie może – tego już ministerstwo nie wyjaśnia. Tymczasem podmioty prywatne z powodzeniem podejmują się takiej roli w systemie, o czym świadczą przykłady prywatnych szpitali klinicznych w Niemczech, prywatnych globalnych sieci szpitali czy inwestycji strategicznych w ramach partnerstwa w Wielkiej Brytanii, Danii i Austrii.

Schodząc niżej, na poziom programów regionalnych, zaproponowano wielostopniowy system eliminowania z list beneficjentów prywatnych inwestorów ochrony

zdrowia. Poziom pierwszy to inwestycje kluczowe – nawet przez myśl nikomu nie przejdzie, że mógłby je realizować podmiot prywatny. Poziom drugi to zintegrowane inwestycje terytorialne, czyli porozumienia samorządów miast i okalających je gmin, które uzyskały wsparcie z funduszy regionalnych, nie dopuszczając do konkursu partnerów prywatnych. Trzeci poziom segregacji to wybór beneficjentów bez konkursów ze wskazaniem na szpitale publiczne. Poziom czwarty to wybór beneficjentów w konkursach ograniczonych do sektora publicznego. I wreszcie poziom piąty, jeśli w ogóle się pojawia, to otwarte konkursy. Niestety z takiego schematu podziału pieniędzy skorzystała znacząca liczba województw.

### Faworyzowanie publicznych

Skutki tych działań są oczywiste. Najpierw dzięki funduszom pomocowym zostaną wzmocnieni, w stopniu niemającym we współczesnej Polsce precedensu, publiczni świadczeniodawcy. Potem zostaną określone potrzeby zdrowotne, co nastąpi w drugiej połowie 2016 r. Następnie wystarczy wskazać gotową infrastrukturę publiczną, aby te potrzeby zaspokajać – bez znaczenia, czy efektywną, czy gwarantującą właściwą jakość, bezpieczeństwo, czy uzyskującą należyte efekty kliniczne leczenia, czy optymalnie rozłokowaną. Nikt nie odważy się zakwestionować poczynionych dopiero co inwestycji.

Co to oznacza dla sektora prywatnego, nie trzeba tłumaczyć. Czym to jest dla państwa, warto przypomnieć. Jeśli w tej kwestii nic się nie zmieni, na dziesięciolecie zostanie zamrożona infrastruktura nieefektywna, źle rozłokowana, pofragmentowana, zadłużona po

„Na dziesięciolecie zostanie zamrożona infrastruktura nieefektywna, źle rozłokowana, pofragmentowana, zadłużona po granice wyobraźni”

granice wyobraźni. Pieniądze publiczne, unijne i krajowe będą marnotrawione tam, gdzie inwestorzy prywatni z powodzeniem mogą odciążyć budżet samorządów i państwa. Idea państwa partycypacyjnego, w którym obywatele dbają o swoje dobro, za swojego życia się już nie odrodzi. Tymczasem pieniądź prywatny jest tańszy niż publiczny. Obywatel lepiej dba o dobro swego otoczenia niż urząd. Są miejsca zastrzeżone dla państwa, jak obronność czy policja. Ale nie jest nim ochrona zdrowia. Państwo dzierży obowiązek organizacji, ma prawo do interwencji, ale nie może tego sektora zawłaszczając, pomijając już, że w ogóle nie powinno tych zadań wykonywać. Ma tylko stworzyć warunki do ich realizacji na sprawiedliwych i transparentnych zasadach. Przypomnijmy – podstawą ustroju gospodarczego naszego kraju, którego częścią jest sektor ochrony zdrowia, jest „społeczna gospodarka rynkowa oparta na wolności działalności gospodarczej, własności prywatnej oraz solidarności, dialogu i współpracy partnerów społecznych”.

Robert Mołdach

Autor jest ekspertem Instytutu Zdrowia i Demokracji oraz Pracodawców RP.

## ZAPRASZAMY NA



**TOP  
MEDICAL  
TRENDS**  
2015  
POZNAŃ  
20-22 marca

**TERMIN**  
20-22 marca 2015 r.

**MIEJSCE**  
Poznań, Centrum Kongresowe  
Międzynarodowych Targów Poznańskich,  
pawilon 15

**ORGANIZATORZY**  
Wydawnictwo Termedia,  
wydawca czasopisma  
*Top Medical Trends – Przewodnik Lekarza*

Katedra i Zakład  
Medycyny Rodzinnej  
Uniwersytetu Medycznego  
im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

**PATRONAT NAUKOWY**  
Polskie Towarzystwo  
Medycyny Rodzinnej

**BIURO ORGANIZACYJNE**  
Wydawnictwo Termedia  
ul. Kleeberga 2  
61-615 Poznań  
tel./faks +48 61 656 22 00  
szkolenia@termedia.pl





WWW.TOPMEDICALTRENDS.PL