



Dlaczego wśród zarządzających ochroną zdrowia nie ma nowych twarzy?

Świeża krew

Schorowanemu organizmowi polskiego systemu ochrony zdrowia trzeba podać kroplówkę. Jej głównym składnikiem powinny być nowe kadry. Czas skończyć z karuzelą, na której od lat zasiadają ci sami polityczni fachowcy do wynajęcia. Tylko wymiana kadr stworzy szanse na pojawienie się świeżych idei i pomysłów oraz implantację wypracowanych na świecie sposobów zarządzania służbą zdrowia. To niezbędne, bo głęboki kryzys dotknął w Polsce dział gospodarki, na rzecz którego pracuje niemal 400 tys. osób, a jego budżet sięga 20 proc. PKB. Obecni kreatorzy kolejnych – nieco wyplówiątych – wizji reform mówią, że zarządzanie upolitycznionym systemem wymaga poparcia partii politycznych. Tymczasem na rynku zdrowia działają świetnie wykształceni absolwenci MBA z zakresu zarządzania służbą zdrowia (patrz ramka: *Ludzie do wzięcia*) czy pracownicy firm farmaceutycznych, którzy duszą się z braku możliwości awansu. Dlaczego nie skorzystać z ich oferty?

W normalnym państwie zarządzający takim molochem, jakim jest państwowa służba zdrowia, mogą liczyć na wsparcie specjalnych jednostek badawczo-edukacyjnych, a także na pomoc niezależnych insty-

tutów i ekspertów zagranicznych. Tymczasem my mamy generałów bez armii (ministrów zdrowia z nikłym poparciem politycznym). Nie widać też gwardii nowych ludzi, mogących mieć wpływ zarówno



Franciszka Cegielska



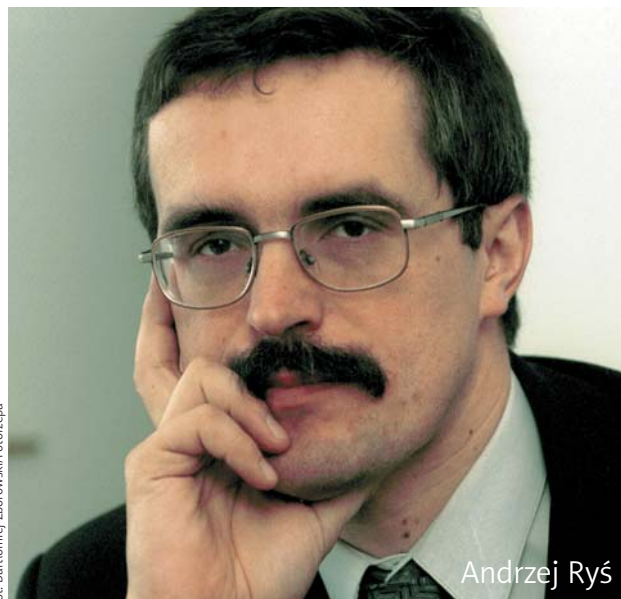
fot. Radek Pietruszka/PAP

„ Próbę wpuszczenia świeżej krwi do ochrony zdrowia podjął jedynie rząd Jerzego Buzka. To wtedy tekę ministra zdrowia powierzono dynamicznej prezydent Gdyni Franciszce Cegielskiej. Wówczas też pojawili się ludzie, którzy do dzisiaj mają niemały wpływ na system – Andrzej Sośnierz w Polsce i Andrzej Ryś w Brukseli ”



Andrzej Sośnierz

fot. Jacek Turczyk/PAP



Andrzej Ryś

fot. Bartłomiej Zborowski/Fotografia

na kształt systemu, jak i na nieco wyblakłe sylwetki od lat tych samych administratorów służby zdrowia.

Być albo nie być

Oprócz ministrów działa w Polsce kilku *spin doctors* oraz – żeby dalej używać obowiązującej nowomowy – *think tank*, czyli grupy wpływu. Kreatorami polityki zdrowotnej są kolejni ministrowie zdrowia, których *być albo nie być* zależy od chwiejnych koalicji i nadmiernie rozbuchanego *ego* szefów rządów, dbających o sukces polityczny swoich partii. W takiej sytuacji nie należy się dziwić, że system został zdominowany przez kilkunastu *obrotowych* ministrów, wiceministrów, dyrektorów de-

partamentów, kilkuset warszawskich urzędników zmieniających jedynie fotele przy tych samych biurkach, kilkudziesięciu szefów i ich zastępców w oddziałach NFZ oraz kilku ekspertów zajmujących się ochroną zdrowia.

Układ zdrowia

Czy w takim razie w systemie ochrony zdrowia także obowiązuje układ skutecznie blokujący wstęp na wyższe szczeble zarządzania zdolnym ludziom, wykształconym w publicznych i niepublicznych szkołach zdrowia publicznego?

Jeśli uważnie przejrzyć periodyki zajmujące się ochroną zdrowia oraz analizy sporządzone przez uzna-

Gdzie ci fachowcy? – sonda redakcyjna

Talenty przyszłych menedżerów zdrowia nie rodzą się na ugorze, tylko w toku ciężkiej orki, jaką są dyskusje oraz kolejne projekty zmian i reform

Leszek Sikorski, od kwietnia 2003 r. do maja 2004 r. minister zdrowia w rządzie Leszka Millera

Środowisko zajmujące się problematyką ochrony zdrowia rzeczywiście jest dosyć ograniczone. Dlaczego? Bo jest to zajęcie niewdzięczne i zarazem specyficzne. Ponieważ wspieram działania ministra Religi, trudno mi wskazywać osoby mogące go zastąpić. Należy jednak podkreślić, że wszyscy gracze na rynku zarządzania ochroną zdrowia muszą mieć poparcie polityczne. Zarazem nie sądzę, żeby gdzieś działały osoby, które dzięki swojej pracy naukowej czy ukrytym talentom mogłyby zacząć zajmować znaczące stanowiska w systemie ochrony zdrowia, bo w realizacji zmian potrzebne jest wspomniane wsparcie polityczne. Chciałbym jednak podkreślić, że jest w Polsce grono ekspertów wypowiadających się na tematy związane z ochroną zdrowia, i to wśród nich szukałbym przyszłych kreatorów polityki zdrowotnej oraz administratorów systemu. Należy też podkreślić, że talenty przyszłych menedżerów polskiego systemu ochrony zdrowia nie rodzą się na ugorze, tylko w toku ciężkiej orki, jaką są dyskusje i kolejne projekty zmian i reform. W ten sposób kształtują się umiejętności i koncepcje mogące zaowocować przekształceniami w systemie. Jeżeli to nie mają być hochsztaplerzy, oferujący szybkie a rzekomo skuteczne zmiany, to musimy trochę poczekać, bo system rynkowy obowiązuje w Polsce kilkanaście lat, a świadomość konieczności wprowadzenia jego mechanizmów do ochrony zdrowia przebija się od niedawna. Nadzieję pokładam w młodych absolwentach wydziałów zarządzania akademii medycznych. Jest wśród nich wielu dobrze zapowiadających się administratorów. Problemem jest to, że nie są to ludzie w pełni ukształtowani, a ich wiedza na temat polityki zdrowotnej czy samego systemu jest nikła. Sądzę także, że programy kształcenia na wielu uczelniach są dosyć archaiczne i nie uwzględnia się w nich światowych trendów. W efekcie trudno wymagać, żeby pojawił się nowy narybek fachowców znających najnowsze osiągnięcia w zakresie zarządzania służbą zdrowia. Jak widać, to nie tylko kwestia talentów menedżerskich. Dlatego uważam, że trzeba rozwijać programy badawcze, implementować zdobycze światowej nauki i na tej bazie tworzyć kadry systemu ochrony zdrowia

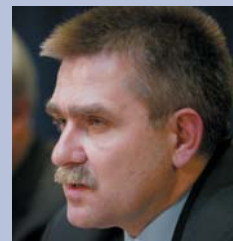


foto: Andrzej Wiktor/Fotorepa

ne firmy doradcze, można zauważyć, że na każdy temat związany z systemem ochrony zdrowia wypowiadają się wciąż te same osoby. Nie doszło do sytuacji, z jaką np. mieliśmy do czynienia w drugiej połowie lat 90. w dziedzinie ekonomii. W tamtym czasie zapleczem eksperckim wszystkich reformatorów gospodarki były Centrum im. Adama Smitha, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową oraz Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych. I nagle pojawił się łódzki desant z Niezależnego Ośrodka Badań Ekonomicznych, którego najwyższą emanacją była popularność prof. Witolda Orłowskiego, jak się później okazało, przyszłego doradcy ekonomicznego prezydenta RP.

Paradoks polega na tym, że w dziedzinie ochrony zdrowia mamy rezerwuar kadr, które mogłyby zastąpić pretorianów systemu. Jest to ok. 5 tys. osób zatrudnionych w firmach farmaceutycznych, kilkaset osób, które skończyły MBA i szkoły zdrowia publicznego, oraz menedżerowie zatrudnieni w ponad 50 szpitalach przekształconych w spółki prawa handlowego. Dlaczego właśnie oni? Bo według ekspertów firmy farmaceutyczne osiągnęły stan nasycenia kadrami, dodajmy – ludźmi świetnie wykształconymi i przeszkolonymi. W najbliższym czasie – z braku możliwości awansu

– można spodziewać się, że z tych firm odejdzie co najmniej kilkaset osób. Z kolei kształcenie według modelu *Master of Business Administration*, gwarantuje najwyższą jakość pozyskanej wiedzy. Nieprzypadkowo MBA studiuje praktycy, którzy chcą podnieść poziom kwalifikacji (patrz ramka: Głosy niezależnych). Z kolei menedżerowie szpitali – spółek prawa handlowego to rynkowa elita kadr zarządzających (przypomnijmy: przekształcone szpitale zamiast długów przynoszą zyski). Jest zatem w kim wybierać. Trzeba tylko chcieć.

Nowe twarze

Próbę wpuszczenia świeżej krwi do systemu ochrony zdrowia podjął jedynie rząd Jerzego Buzka. To wtedy tekę ministra zdrowia powierzono dynamicznej prezydent Gdyni Franciszce Cegielskiej. Szefami kas chorych zostali ludzie z klucza partyjnego, tyle że legitymacja potwierdzająca przynależność partyjną była mniej ważna niż umiejętności menedżerskie. To wtedy pojawili się ludzie do dzisiaj mający niemalże wpływ na system – Andrzej Sośnierz w Polsce i Andrzej Ryś w Brukseli. Na pewno nowym człowiekiem był Jerzy Miller, były pracownik Instytutu Obróbki Skrawaniem, ale i wiceminister finansów oraz doradca preze-

Naciski polityczne na szczeblu regionalnym i lokalnym nie przyczyniają się do pozytywnej selekcji kadr

Marek Balicki, minister zdrowia od stycznia do kwietnia 2003 r. oraz od lipca 2004 do października 2005 r. (w gabinetach Leszka Millera)

Wśród młodszej generacji na pewno mamy przyszłych ministrów i reformatorów systemu ochrony zdrowia. Problemem jest to, że na razie jest ich za mało na wyższych szczeblach, aby mogli mieć wpływ na kształt polskiej służby zdrowia. Nie wymienię dobrze zapowiadających się nazwisk, bo mógłbym kogoś pominąć. Chcę jednak podkreślić, że przyczyną nieujawniania się wielu z tych osób jest duża polityzacja ochrony zdrowia. Konieczność uzyskania poparcia politycznego powoduje, że profesjonalna ścieżka kariery w ochronie zdrowia jest często zablokowana dla tych, którzy nie chcą identyfikować się z określoną opcją polityczną. Uzależnienie od polityki to w ogóle choroba naszego życia publicznego, a ochrona zdrowia, jak niewiele innych dziedzin, podlega szczególnie dużym naciskom. Co gorsza, naciski polityczne są także na szczeblu regionalnym i lokalnym. Nie przyczynia się to do pozytywnej selekcji kadr. Dlatego postuluję – zresztą nie tylko w ochronie zdrowia – oddzielenie stanowisk politycznych od tych, które powinny być dostępne dla fachowców, technokratów w dobrym tego słowa znaczeniu. Niestety, w ostatnich 2 latach bez *podpinania się* do partii rządzących niewiele można było zrobić.



foto: Seweryn Soltys/fotoregpa

Spora osób znalazło się na wysokich stanowiskach li tylko z powodu swoich umiejętności. Oczywiście, nie dotyczy to NFZ

Andrzej Kosiniak-Kamysz, od września 1989 do grudnia 1990 r. minister zdrowia w rządzie Tadeusza Mazowieckiego

Na pewno mamy wielu doskonale wykształconych menedżerów, którzy mogliby się zająć reformowaniem systemu ochrony zdrowia. Chcę jednak przypomnieć, że zmieniające się warunki – np. przekształcenie kas chorych w centralny Fundusz – wymagają dużej wiedzy praktycznej, kontaktu z rzeczywistością systemu. Pracownicy z przygotowaniem zawodowym, zdobytym np. w szkole zdrowia publicznego, która powstała z mojej inspiracji, mają szansę zaistnieć. Gorzej z osobami kształcącymi się na wielu uczelniach – ich wiedza jest teoretyczna. Według mnie nie mają szans, bo tak specyficzna dziedzina, jaką jest służba zdrowia, wymaga praktyki. Dlatego najlepiej sprawdzają się ci absolwenci szkół zdrowia publicznego, którzy wyrwali się z niższych szczebli administracji i zaczęli praktykować jako dyrektorzy szpitali. Wiele osób zwraca uwagę na konieczność uzyskania poparcia politycznego. Tymczasem, obserwując rynek Krakowa i Małopolski, widzę, że spore grono osób znalazło się na wysokich stanowiskach li tylko z powodu swoich umiejętności. Oczywiście, nie dotyczy to NFZ, w którym ciągle obowiązuje klucz polityczny.



foto: Adam Urbaniak/PAP

sa Narodowego Banku Polskiego. W 2004 r. Marek Belka powierzył mu stanowisko prezesa NFZ.

Nową-starą twarzą w polityce zdrowotnej jest Krzysztof Bukiel. Kierowany przez niego Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy to jedna z niewielu organizacji, które przedstawiły spójny program reform systemu ochrony zdrowia (można mieć nadzieję, że gdy Bukiel dostanie się do Senatu, stworzy na tyle silny *think tank*, że zrealizuje swoje plany). Przez chwilę na firmamencie systemu ochrony zdrowia jaśniała kometa Roberta Sapy z Porozumienia Zielonogórskiego. W odczuciu środowiska Sapa był jednak bardziej ważką walczącym z układem warszawskim niż reformatorem. Trudno wymienić nazwiska kolejnych osób,

mogących się stać naturalnymi następcami pierwszej kadrowej, jaka opanowała system po 1989 r.

Zmienić *status quo*

Innym problemem jest jakość powszechnego kształcenia następców Wojtyły, Maksymowicza, Opali czy Religi. Paradoks polega na tym, że mamy co najmniej kilkanaście szkół zdrowia publicznego, ale niemiernie trudno ocenić jakość ich programów edukacyjnych. Po cenzurze, jaką ostatnio rodzimemu szkolnictwu wyższemu wystawiła OECD (Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju), nie można jednak się spodziewać fajerwerków. OECD zarzuciła bo-

Ludzie do wzięcia

Lista niektórych absolwentów studiów MBA, organizowanych przez Wyższą Szkołę Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego w Warszawie

Zarządzanie i Ekonomika Technologii Medycznych

Aleksandra Andrzejczak, Łódź
Jolanta Garganis-Studniarz, Lipsko
Cezary Głogowski, Warszawa
Anatol Gołąb, Warszawa
Joanna Karaś, Warszawa
Joanna Kilkowska, Warszawa
Michał Kołodziejczyk, Warszawa
Stanisław Kopacz, Warszawa
Małgorzata Krowiak, Warszawa
Gretta Kuras, Warszawa
Bartłomiej Kwiatkowski, Warszawa
Barbara Jaworowska-Luczak, Warszawa
Bartłomiej Rydz, Warszawa
Sławomir Syrkiewicz, Toruń
Małgorzata Wierzykowska, Warszawa
Magdalena Władysiuk, Kraków
Witold Zaleski, Wałbrzych
Krzysztof Kurek, Warszawa
Katarzyna Linda, Warszawa
Wojciech Mika, Katowice
Anna Olszaniecka, Warszawa
Iwona Skrzekowska-Baran, Dąbrowa Górnicza

MBA dla Kadry Medycznej

Przemysław Krajewski, Warszawa
Marzena Granecka, Warszawa
Krzysztof Łangowski, Gdańsk
Katarzyna Czach, Warszawa
Agnieszka Kluczna, Dąbrowa Górnicza
Dariusz Kostrzewa, Malbork
Katarzyna Dębowska
Marek Stępnik, Sosnowiec
Grażyna Rutkiewicz, Białystok
Izabela Staniak, Warszawa
Marcin Sadowski, Warszawa
Katarzyna Wencel, Ustroń
Małgorzata Czekierda-Kurczab, Warszawa
Krzysztof Berak, Warszawa
Robert Kubisztal, Warszawa
Marek Kokot, Warszawa
Milena Bardońska, Warszawa
Tomasz Pisarek, Zagórz k. Warszawy
Wojciech Krauze, Warszawa
Zbigniew Jarnowski, Warszawa
Joanna Perkowicz, Warszawa
Elżbieta Kowerdziej-Chądzyńska, Warszawa
Radosław Jadczak, Warszawa
Renata Kurpik, Opatówek
Paweł Szycko, Szczecinek
Marek Lebiotkowski, Szczecin
Barbara Kawińska, Gdańsk
Jolanta Stefanowska, Warszawa
Jacek Świątkiewicz, Warszawa

Głosy niezależnych

Joanna Perkowicz – absolwentka MBA dla Kadry Medycznej, organizowanego przez Wyższą Szkołę Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego w Warszawie. Pracuje w firmie LUX-MED SA

Możliwości rozwoju oraz wdrażania naprawdę nowoczesnych metod zarządzania stwarza praca w sektorze prywatnym. Potwierdza to moje doświadczenie oraz rozmowy z kolegami, z którymi spotkałam się na studiach MBA. Wnioski takie wyływają także z rozmów z kandydatami do pracy, którzy dotychczas praktykowali w jednostkach publicznych. Sektor publiczny narzuca tak duże ograniczenia, że osoby te dobrowolnie stosują autocenzurę, a w efekcie nie rozwijają się tak, jak wymaga tego potrzeba czasu. To także problem modelu systemu. Obecny jest niezwykle frustrujący. Ale zgadzam się też z opinią prof. Jędrzejczaka, który niedawno stwierdził, że publiczna służba zdrowia za bardzo małe pieniądze dawała stosunkowo dobrą opiekę. Nie jestem zwolenniczką ubezpieczeń zdrowotnych, bo trzeba patrzeć na USA, gdzie obsługa ubezpieczeń zjada co najmniej 40 proc. pieniędzy. Uważam także, że pewne dziedziny – np. onkologia – powinny być publiczne. Moim zdaniem, reforma powinna pójść w kierunku samodzielnego zarządzania pieniędzmi przez obywatela. Co to znaczy? Każdy obywatel płaci składkę zdrowotną, a większość tej składki gromadzona jest na jego własnym koncie. Ściśle określona część składki powinna trafiać do wspólnego worka, z którego finansowano by, np. sieć szpitali ratowniczych czy onkologię. Pozostała kwota powinna być dysponowana przez pacjenta – np. je-

śli będzie chciał codziennie chodzić do lekarza, to powinien mieć do tego prawo. Ta część składki obejmowałaby leczenie większości chorób, profilaktykę, tzw. katastrofy życiowe – np. choroby wieńcowe czy udary. Jednak, aby wprowadzić taki model, trzeba wprowadzić ideę pieniądza, który *idzie za pacjentem*, oraz płacenie składek przez rolników. Te dwa postulaty dałyby nam kilka lat oddechu na przygotowanie właściwej reformy. ■



Barbara Kawińska – absolwentka MBA dla Kadry Medycznej, organizowanego przez Wyższą Szkołę Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego w Warszawie. Jest wiceprezesem spółki Powiatowe Centrum Zdrowia w Malborku, zastępcą dyrektora ds. medycznych

Przez 18 lat pracowałam w szpitalu i przychodni jako lekarz pediatra. To niesamowicie ważne doświadczenie, potrzebne w pracy każdego menedżera. Jestem pewna, że gdyby były bardziej stabilne warunki finansowania ze strony płatnika – NFZ – niejednokrotnie ułatwiłoby to zarządzanie. Jak bowiem można pewnie i spokojnie zarządzać, jeśli np. w tym roku mają odbyć się konkursy na udzielanie świadczeń zdrowotnych na kolejne 3 lata, a zasady tych konkursów i przyszłych płatności są jeszcze w sferze konsultacji? Taki tryb na pewno jest jedną z barier rozwoju placówek medycznych. Nierozważalnie wiąże się to z kolejnymi, nie do końca dobrymi, poprawkami w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Proszę bowiem zauważyć, że każda nowa ekipa rządząca za punkt honoru przy-

wiem polskim uczelniom m.in. to, że programy nauczania są słabo dostosowane do potrzeb rynku pracy, a praca kadry akademickiej nie jest modernizowana (obowiązują przestarzałe ścieżki kariery i zdobywania kwalifikacji). Przy całym szacunku dla idei tworzenia wydziałów zarządzania, czego można się spodziewać po wykładach w Górnośląskiej Wyższej Szkole Pedagogicznej, na której powstała katedra zdrowia publicznego? To samo dotyczy np. wydziału zdrowia publicznego Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej we Włocławku. Czy zatem kierownictwo Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego nie powinno się zastanowić nad spójnym programem kształcenia kadr menedżerskich? Takim, którego efektem byłoby wyedukowanie elitarnej grupy kreatorów polityki zdrowotnej, znających realia zachodnie i najnowsze światowe trendy w zarządzaniu szpitalnictwem.

Jak widać, kadry dla systemu ochrony zdrowia to złożony problem. Czas, żeby zmienić *status quo*, w którym szefami placówek medycznych są lekarze, a finansową problematyką kontraktów w oddziałach NFZ

muje zmianę w tej ustawie. Akceptuję wszelkie modyfikacje, ale tworzenie nowego dokumentu co 4 lata nie prowadzi do stabilizacji. Tak jest od momentu powstania kas chorych, a potem NFZ. Jednak na polu lokalnym miałam szczęście, że na drodze mojej kariery zawodowej spotkałam ludzi, którzy nie bali się podejmować decyzji trudnych i nowatorskich, ale – jak się potem okazało – bardzo trafnych. W 1999 r. zorganizowałam pracę Gminnego Ośrodka Zdrowia w Cedrach Wielkich. Było to doświadczenie pracy w małej organizacji – pierwsze umowy z kasami chorych, nowy system finansowania. Na dodatek wszystko odbywało się w środowisku wiejskim, które razem z nami – pracownikami ochrony zdrowia – uczyło się, jak korzystać ze świadczeń zdrowotnych, aby nie spowodować zadłużenia tak małego podmiotu. Z kolei w 2001 r. rozpoczęłam pracę jako wicedyrektor Wydziału Spraw Społecznych i kierownik Referatu Zdrowia Urzędu Miasta w Gdańsku. Był to dla mnie trudny, ale bardzo ciekawy czas. Dzięki zrozumieniu Pawła Adamowicza, prezydenta miasta, przeprowadziliśmy prywatyzację podstawowej oraz ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Trzy duże szpoc-y zostały sprywatyzowane. Gmina pokryła zadłużenie i od 2002 r. placówki te działają jako nzozy. Było to jak karczowanie puszczy. Brak jasnych przepisów prywatyzacji placówek ochrony zdrowia powodował, że byliśmy pionierami na tym polu. Tu nasuwa się bardzo ważny problem – wyjaśnienie ludziom korzystającym z placówek ochrony zdrowia, na czym polega prywatyzacja. Jak słyszę niektórych parlamentarzystów straszących pacjentów prywatyzacją utwierdzam się w przekonaniu, że edukację należałoby zacząć od nich. W 2002 r. rozpoczęłam studia w Wyższej Szkole Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego w Warszawie na kierunku MBA dla Kadry Medycznej. Studia zakończyłam obroną projektu

” Paradoks polega na tym, że mamy rezerwuar kadr, które mogłyby zastąpić pretorianów systemu. To ok. 5 tys. osób zatrudnionych w firmach farmaceutycznych, kilkaset osób, które skończyły MBA, oraz menedżerowie zatrudnieni w ponad 50 szpitalach przekształconych w spółki prawa handlowego ”

zajmują się ich koledzy medycy. Oczywiście, można powiedzieć, że naturalna wymiana pokoleń doprowadzi do zmian. Jednak na 30-letni cykl wymiany kadrówki systemu ochrony zdrowia nie mamy czasu. Reformę trzeba przeprowadzić natychmiast.

Redakcja

Restrukturyzacja lecznictwa stacjonarnego w powiecie bytowskim. Niestety, względy polityczne nie pozwoliły na dokończenie wprowadzenia tego projektu. Od maja 2007 r. pracuję jako zastępca dyrektora ds. medycznych w Malborku. To kolejne wyzwanie. Szpital w Malborku jest szpitalem powiatowym, z podstawowymi oddziałami. Był szpitalem źle zarządzanym, przez co doprowadzono do zadłużenia placówki, które wynosiło 30 mln zł. Na domiar złego, poprzednia dyrekcja nie skorzystała z programu restrukturyzacji i z pożyczki na częściową spłatę długów. Efektem tego było zajęcie przez komornika konta szpitala. Od stycznia pracownicy SPZOZ-u w Malborku przestali otrzymywać wynagrodzenia. W lutym 2007 r. starosta malborski podjął decyzję o likwidacji SPZOZ-u i utworzeniu spółki Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o., która to spółka utworzyła NZOZ Powiatowe Centrum Zdrowia. Centrum przejęło cesją 7/12 kontraktu z NFZ, a starosta przejął zadłużenie SPZOZ-u w likwidacji. Jest to na pewno jedna z metod prywatyzacji zakładów opieki zdrowotnej. Opisane doświadczenia pokazują, że system nie jest doskonały. Problemem są zbyt częste zmiany dotyczące finansowania procedur medycznych oraz kłopoty z wprowadzeniem ustawy o ratownictwie medycznym. Kolejnym, bardzo ważnym problemem jest sieć szpitali. Nikt do tej pory nie wskazał, na jakiej zasadzie będą eliminowane pewne oddziały czy rozwijane inne. Z kolei ustawa prywatyzacyjna pozwoliłaby na przekształcenie placówek ochrony zdrowia, a tym samym może pętla zadłużenia szpitali została by opanowana. Mam wrażenie, że reforma w ochronie zdrowia kręci się w kółko, a efekty tego są – niestety – marne. Należy jednak podkreślić, że są w kraju osoby, które naprawdę znają się na tym, co robią, tylko dobrze byłoby, aby częściej z ich doświadczenia korzystano. ■