

## Krótkie nóżki polityki napuszczania jednych na drugich



Tytułową maksymę ukuli ponad dwa tysiące lat temu Rzymianie, którzy przeszli do historii jako zdobywcy, ale przede wszystkim sprawni administratorzy podbitych ziem. Przekładając ją na język bardziej zrozumiały – jeżeli chce się sprawować rządy nad licznymi ludami obcymi, to należy umiejętnie wzbudzać pomiędzy nimi konflikty, a następnie utrwalać swoją władzę poprzez ich godzenie.

Powyższa zasada była stosowana przez stulecia przez wielu władców, którzy uważali, że metodą sprawowania władzy jest manipulacja poddanymi. Nie dotyczyło to wyłącznie królów, ale także rządów uważających się za demokratyczne. Metodę szczucia jednych na drugich opanowały do perfekcji rządy komunistyczne, czego skutki odczuwamy do dziś. Wcześniejsze emerytury górnicze czy mundurowe, krótszy czas pracy i urlopy zdrowotne nauczycieli, KRUS i brak podatku dochodo-

wego dla rolników, darmowe bilety dla kolejarzy – te bardziej czy mniej istotne przywileje poszczególnych grup społecznych są wspaniałą amunicją. Dzięki nim można napuszczać na siebie poszczególne grupy np. przy pomocy mediów.

### Brak współpracy

Niestety, dotyczy to także uczestników systemu opieki zdrowotnej, którzy nie widzą, że ich współ-

nym interesem jest gruntowna reforma systemu, dają się podpuszczać jak dzieci i kłócą się pomiędzy sobą. A tymczasem, choć mamy jeden z najbardziej dysfunkcyjnych i niedofinansowanych systemów w rozwiniętym świecie, trwa on sobie w najlepsze, a rządzący niczym starożytni konsulowie zacierają ręce.

Największym problemem opieki zdrowotnej jest pułapka, w którą wpadli rządzący niemal 20 lat temu. Jeszcze twórcy konstytucji umieścili w niej rozsądny zapis gwarantujący równość w dostępie do usług zdrowotnych gwarantowanych przez państwo z zastrzeżeniem, że zasady gwarantujące tę równość będą opisane w odpowiednich ustawach. Nie było słowa o bezpłatności i niezwłoczności wszystkich usług. Zakres bezpłatnych usług zdrowotnych miał zależeć od zasobności państwa.

### Psucie prawa

Jeszcze w uchwalonej w 1997 r. ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym zakładano, że pacjenci będą pokrywać koszty hotelowe pobytu w szpitalach. Jednak już od 1999 r. populizm dotyczący opieki zdrowotnej zaczął dominować w polityce.

Za rządów AWS zlikwidowano możliwość wszelkich dopłat przy udzielaniu usług zdrowotnych poza nielicznymi wyjątkami, co przykre, dotyczącymi np. starych i chorych ludzi w ramach stacjonarnej opieki pielęgnacyjno-opiekuńczej. Za SLD ustami Mariusza Łapińskiego przekreślono odpowiedzialność finansową ludzi za nadużywanie usług ratownictwa medycznego. Licytacja pomiędzy PiS a PO doprowadziła do prawnego zagwarantowania niemal nieograniczonego dostępu do usług medycznych (patrz: koszyk świadczeń gwarantowanych), ale jednocześnie nie zapewniono funduszy pozwalających na realizację tych gwarancji.

Wszystko to sprawiło, że powstała przepaść pomiędzy politycznymi obietnicami a fizyczną możliwością choćby częściowego ich spełnienia. Aby nie zostać rozliczonym przez wyborców w kolejnych wyborach, rządzący politycy wybrali metodę przerzucania odpowiedzialności za sytuację na system i jego pracowni-

**INTERESARIUSZE SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ**

**NIE WIDZĄ, ŻE ICH WSPÓLNYM INTERESEM**

**JEST GRUNTOWNA REFORMA SYSTEMU.**

**DAJĄ SIĘ PODPUSZCZAĆ JAK DZIECI**

**I KŁOCĄ SIĘ POMIĘDZY SOBĄ**

ków. Jednocześnie umiejętnie wzbudzali konflikty pomiędzy wszystkimi interesariuszami systemu. I trzeba przyznać, że do dziś im się to udaje, choć nie prowadzi do żadnych konstruktywnych zachowań.

### Pierwszy front: pacjenci i pracownicy systemu

Nie było trudno wpaść na pomysł, że najłatwiej będzie skłócić te dwie grupy. Wystarczyło sęczyć jak trucizną informację, że pacjenci mają prawo do wszystkich świadczeń gwarantowanych. Ze kolejki, owszem, istnieją we wszystkich krajach, bo popyt na usługi zdrowotne jest nieograniczony, a możliwości udzielania usług zdrowotnych ograniczone, jednak za główną przyczynę gigantycznych problemów z dostępnością usług uważano, a właściwie propagowano taką tezę, złą organizację wewnętrzną jednostek systemu oraz słynną jego nieszczelność, czyli wydatkowanie pieniędzy publicznych w sposób niewłaściwy. Powtarzanie tego jak mantry sprawiło, że przynajmniej część pacjentów uwierzyła, że problemem nie jest brak pieniędzy w systemie, lecz złe gospodarowanie. A ponieważ to oni oczekiwali na usługę, jasne jest, że ich złość obracała się przeciw podmiotom leczniczym i ich pracownikom. Zwłaszcza że dodatkowo umiejętnie sprzedawano kolejną informację: zwiększenie funduszy w źle zorganizowanym systemie to konieczność zwiększenia obciążeń podatkowych, a przecież w ostatnich latach nakłady wzrosły już istotnie bez żadnego efektu. Tymczasem kolejki w większości innych krajów wynikają właśnie z braku potencjału i niemożności udzielenia

### Maciej Hamankiewicz prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Polityka „dziel i rządź” wyrządziła niepowetowane szkody polskiej ochronie zdrowia. Przykre i tragiczne – już w zamyśle, już od początku jej stosowania. Władze zwyczajnie nie miały pomysłu na dobre zorganizowanie i zawiadywanie ochroną zdrowia. Nie potrafiły lub nie chciały tego zrobić, sytuacja zaczęła się wymykać spod kontroli, efekty były widoczne, krytyka powszechna. Trzeba było poszukać winnego.



Fot. PAP/Grzegorz Michalowski

I znaleziono: najpierw „złych” lekarzy, potem „złe” pielęgniarki, potem „złych” menedżerów, którzy mieli „wspaniałe” instrumenty zarządcze, tylko „nie potrafili” z nich skorzystać. Aby ci wszyscy „źli” nie wystąpili solidarnie przeciw władzom i polityce, należało ich jeszcze skłócić. I do pewnego stopnia się udało. Z wielką szkodą dla wypracowywanych przez lata rozwiązań, etosu, metod współpracy. Jesteśmy w stałym i dobrym kontakcie z przedstawicielami innych zawodów medycznych. To jednak nie wystarcza, by zlikwidować złe skutki polityki dzielenia środowiska.

**SKŁÓCIĆ PACJENTÓW Z PRACOWNIKAMI**

**OCHRONY ZDROWIA NIE BYŁO TRUDNO.**

**WYSTARCZYŁO SĄCZYĆ JAK TRUCIZNĘ**

**INFORMACJĘ, ŻE PACJENCI MAJĄ**

**PRAWO DO WSZYSTKICH ŚWIADCZEŃ**

**GWARANTOWANYCH**

świadczenia w racjonalnym terminie, a nie z oszczędności państwa na zdrowiu swoich obywateli. To było przecież głównym powodem stworzenia unijnej dyrektywy o prawach pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej, która umożliwiała korzystanie ze świadczeń w innych krajach, jeżeli nie można ich było wykonać w kraju macierzystym. W samej dyrektywie ograniczenia dotyczą sytuacji, w której szpital w kraju może wykonać zabieg, a pacjent chce go wykonać gdzie indziej. W wersji polskiej, jak w krzywym zwierciadle, szpitale chcą i mogą wykonywać świadczenia, lecz system stworzony przez państwo nie chce im za to zapłacić, blokując jednocześnie pacjentom możliwość korzystania z nich w innych krajach.

Prostym sposobem na skłócenie pacjentów z pracownikami systemu było nagłaśnianie wszelkich zajęć, przede wszystkim tych kończących się tragicznie. Zwłaszcza Bartosz Arłukowicz doszedł do poziomu mistrzowskiego w przypisywaniu winy czynnikowi ludzkiemu. We wszystkich mnożących się jak grzyby po deszczu przypadkach winni byli pracownicy, którzy bądź niewłaściwie postępowali z pacjentami, bądź nie potrafili skorzystać z możliwości, jakie daje im system. Jego bezkompromisowość w ferowaniu wyroków nie dopuszczała dyskusji o tym, że błędy ludzkie wynikały z różnych przyczyn, wśród których chaos systemowy, brak profesjonalistów i brak pieniędzy odgrywają niepoślednią rolę. Oczywiście



zdarzały się przypadki, w których wina ludzka była bezsporna, ale stanowiły one tylko część spośród wszystkich zdarzeń. Tymczasem obecny minister wyklucza w ogóle taką ewentualność, wchodząc w publiczne spory z Naczelną Radą Lekarską stojącą w obronie publicznie oskarżanych lekarzy.

Jednocześnie wraca się do hasła „Pokaż, lekarzu, co masz w garażu”, wznawiając dyskusje o lekarskich

### **Elżbieta Buczkowska** była prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Tam, gdzie w grę zaczynają wchodzić pieniądze, osobiste wynagrodzenia pracowników, trudno zachować solidarność zawodową i środowiskową. A właśnie pieniądze, sposób ich dzielenia, stały się najważniejszym instrumentem wykorzystywanym do dzielenia środowiska. Wysokie wynagrodzenia lekarzy zakłóciły tradycyjną więź i solidarność z pielęgniarkami. Potem pokłócili się wszyscy ze wszystkimi: prywatni z publicznymi, ratownicy z rodzinnymi, a ci ostatni z diagnostami itp. Czy środowisko pielęgniarek jest wolne



foto: Piotr Giesicki/Fotografiepa

od kłótni? Ależ skąd: była próba skonfrontowania siostr pracujących na etat z kontraktowymi. I była to próba po części udana. Jest też napięcie i zazdrość na linii pielęgniarki szpitalne i środowiskowe.

Dziś łąpiemy się na tym, że sprawy zaszyły już za daleko, że coś z tymi kłótniami trzeba zrobić. Zwłaszcza że z hasła „dziel i rządź” władzom udało się zrealizować jedynie pierwszą część. Owszem – podzielili, ale do prawdziwego rządzenia, organizowania zabierać się nie chcą. A jeżeli już próbują, w większości wypadków im się nie udaje. I ta seria ciągłych niepowodzeń być może w końcu doprowadzi do tego, że antagonizowanie środowiska przestanie się udawać.



Fot. © Stephanie Carter/ImageZoo/Corbis

zarobkach i konieczności posiadania przez medyków kas fiskalnych czy informując szeroko o nieprawidłowościach wykrywanych „przez samych pacjentów” korzystających ze słynnego Zintegrowanego Informatora Pacjenta. Pokazuje się kilkaset wyludzonych usług zdrowotnych za może nawet parędziesiąt tysięcy złotych, nie wspominając, że rocznie udziela się ich kilka milionów za kilkadziesiąt miliardów złotych. Nikt nie mówi, że

wśród usługodawców nie ma w ogóle osób nieuczciwych, ale nie można tego odium przerzucać na wszystkich. Zwłaszcza że zachodzą tu kolejne dwie okoliczności. Po pierwsze, okazja czyni złodzieja, więc bałagan systemowy jest czynnikiem prowokującym do nieetycznych zachowań. Po drugie, niedobór pieniędzy skłania wielu usługodawców do „optymalizacji” przychodów, tak samo jak fiskalne zdzierstwo skłania wielu obywateli do „optymalizacji” podatkowej, co zwłaszcza niektórzy przedsiębiorcy uważają za cnotę, nie występki.

### Drugi front: pracownicy systemu pomiędzy sobą

Nie było wielkim problemem poszczuć pracowników na siebie wzajemnie. Zasłaniając się swobodą gospodarczą i samodzielnością zakładów, a jednocześnie utrzymując przeważająco publiczny charakter podmiotów leczniczych, państwo nie podjęło żadnej próby ingerencji w wewnętrzną organizację zakładów, w tym ich systemów płacowych. Trudno nie wspomnieć, że na przykład nagrody jubileuszowe w SPZOZ, wykraczające poza Kodeks pracy, wpisano wręcz do ustawy o działalności leczniczej. Tymczasem pozwolono na powstanie dysproporcji zarobków pomiędzy różnymi grupami pracowniczymi nieznajdującej pełnego uzasadnienia, co zniszczyło wzajemne zrozumienie pomiędzy lekarzami, pielęgniarkami, diagnostami i administracją szpitali. W okresie szybkiego wzrostu składki najczęściej finansowo skorzystali lekarze, którzy są najsilniejszą i najlepiej zorganizowaną grupą zawodową. W tyle zostały pielęgniarki, które i tak zarabiają mniej więcej tyle, ile wynosi średnia krajowa pensja. Inni pracownicy szpitali pracują często na śmieciówkach lub za najniższe wynagrodzenie. Przy braku pieniędzy w systemie nie starczyło dla wszystkich – to normalne. Ale czy teraz ktoś jest w stanie sobie wyobrazić coś takiego jak strajk szpitala? Strajk lekarzy w tym szpitalu, strajk pielęgniarek, może techników – to i owszem. Ale pro-

### Małgorzata Majer

prezes Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej, dyrektor Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. dr. Wł. Biegańskiego w Łodzi

Stan wzajemnego napięcia i nieufności osiągnął już karykaturalne rozmiary. Czasem obawiam się, że dojdzie do tego, że któregoś dnia pogotowie zostawi nosze z pacjentem na schodach do szpitala. Bo dalej „to ich kompetencja”. A szpital nie podejmie noszy – bo to jeszcze nie „ich teren”.

Czarnowidztwo? Skądże, pierwsze poważne sygnały już przecież do nas docierają i to coraz częściej.



Fot. archiwum

Szpitala podrzucają innym „trudnych” pacjentów, zdarzają się przypadki zamykania przed pacjentami drzwi na noc itp. Szczegóły co jakiś czas podają media. Robi się niebezpiecznie.

Oczywiście środowisko medyczne doskonale wie, że interesy poszczególnych grup czasami są wspólne, ale częściej są rozbieżne. Środowiska do końca zatem skłócić się nie da. Ale po części można. I odbywa się to z wielką szkodą dla pacjenta, który zamiast polegać na sprawnym systemie ochrony zdrowia staje oko w oko z rozmaitymi podmiotami rywalizującymi o lepsze miejsce w systemie i – co się zdarza zbyt często – zainteresowanymi tą rywalizacją bardziej niż dobrem pacjenta.

**JAKŻE CZĘSTO DOCHODZI**

**DO PUBLICZNYCH PYSKÓWEK**

**POMIĘDZY REPREZENTANTAMI**

**SZPITALI PUBLICZNYCH I PRYWATNYCH.**

**PEWNIENIE WSZYSCY ZNAJĄ**

**ARGUMENT O WYDŁUBYWANIU**

**RODZYNKÓW Z CIASTA**

**PRZEZ PRYWACIARZY**

test całego szpitala? Przykre jest tylko, że zasadą *divide et impera* posługuje się także wielu zarządców szpitali, aby osłabić wzajemnie konkurujące grupy pracownicze czy związki zawodowe.

### Trzeci front: publiczni i prywatni

Jakże często dochodzi do publicznych pyskówek pomiędzy reprezentantami szpitali publicznych i prywatnych. Pewnie wszyscy znają argument o wydłubywaniu rodzynków z ciasta przez prywatniarzy. Faktem jest, że wiele podmiotów prywatnych nie prowadzi działalności deficytowej, bo nie do tego są powołane. Ale to przecież nie jest ich wina, że niektóre specjalności medyczne czy też procedury medyczne są wycenione lepiej, a inne gorzej. Brak właściwej taryfikacji świadczeń przez państwo czy niewycenienie gotowości szpitali przyjmujących w trybie ostrym powoduje, że podmioty prywatne, nastawione na efektywność działalności (żeby uniknąć stygmatyzującego słowa „zysk”), lokują się tam, gdzie jest lepiej: w kardiologii interwencyjnej, dializoterapii, diagnostyce, lecznictwie ambulatoryjnym. Jak twierdził bodajże Marks – „byt kształtuje świadomość”.

Gdyby stworzono, co postuluje się od lat, sieć świadczeń medycznych i zrationalizowano ich wyceny, konkurowano by do ograniczonej liczby miejsc, bez podziału na lukratywne i te „dla publicznych”. A tak mamy tzw. konkurencję i wzajemne pretensje o to, kto więcej skubnie z tortu.

### Czwarty front: NFZ winny wszystkiemu

Narodowy Fundusz Zdrowia przez długi czas był porzuconym dzieckiem rządzących. Dopiero od niedawna Bartosz Arłukowicz postanowił przejąć pełnię władzy nad NFZ, jeszcze bardziej centralizując system. Mam nadzieję, że zdaje sobie sprawę z tego, że traci przy tym część swojego alibi. Od dobrych dziesięciu lat NFZ był fantastycznym dzieckiem do bicia. Za to, że za dużo kosztuje, choć słabość NFZ jako jednostki ubezpieczeniowej polegała głównie na tym, że był instytucją fasadową, utrzymywaną za ok. 1 proc. ściąganej składki. Gdyby tyle brali ubezpieczający samochody, to OC czy AC kosztowałyby może mniej, ale dokonanie naprawy po wypadku graniczyłoby z cudem. Za to, że nie finansuje wszystkich terapii wszystkim potrzebującym, tak jakby fundusz miał nieograniczone zasoby finansowe i mówiąc językiem „Faktu” – przepuszczał je na urzędasów. Znowu nikt nie pytał o rekomendacje AOTM czy chociażby EMA, wystarczyło, że „lekarze w szpitalu powiedzieli, że tylko ten lek uratuje życie”. Za to, że daje szpitalom za niskie kontrakty, które nie pozwalają prowadzić działalności na poziomie XXI w. Nie mam zamiaru być obrońcą NFZ, który w tej grze na skłócanie odegrał i nadal odgrywa, o czym za chwilę, znaczącą rolę. Faktem jednak jest, że on tylko dystrybuuje niewystarczające fundusze, ściągając jednocześnie na siebie serdeczną nienawiść zarówno wykonawców, jak i konsumentów usług zdrowotnych. Skoro Ministerstwo Zdrowia chce to wziąć na klatę – powodzenia.

### Tomasz Szelański dyrektor generalny Federacji Pacjentów Polskich

Nie trzeba być wróżką, by przewidzieć następne pole konfliktu i sporu w polskiej ochronie zdrowia: otóż środowiska lekarzy różnych specjalności obrażą się na onkologów, a onkologowie będą mieli żal do lekarzy innych specjalności. Pakiet onkologiczny wprowadzono bowiem w taki sposób jak większość pomysłów i rozwiązań forsowanych przez Ministerstwo Zdrowia. Bez należytych konsultacji, bez wysłuchania wszystkich interesariuszy, bez



Fot. Archiwum

wzięcia pod uwagę ich zdania. Ministerstwu zdarza się natomiast wybiórczo traktować tych interesariuszy: jednych wysłuchać, innych nie dopuszczając do głosu. I stąd animozje.

Chciałbym przy tym zwrócić uwagę na najgorsze chyba pole kłótni w ochronie zdrowia – antagonizowanie pacjentów i lekarzy. Przez długie miesiące starano się, przy okazji różnych afer, wskazać jako winnego skandalicznych zaniedbań konkretnego człowieka, najczęściej lekarza, a nie niesprawny system. W efekcie system nadal nie działa, a na dodatek dramatycznie spada w Polsce zaufanie do lekarzy.

## Piąty front: wysokość kontraktów

Fundusz jest jedną z ofiar szczytu, ale też sam szczytuje na potęgę. Dysponuje jako monopsonista (posiadający monopol nie na produkcję usług, ale na ich zakup w imieniu ubezpieczonych) potężnymi narzędziami. Jednocześnie nie wiąże go żadne standardy dotyczące zakupu, poza tworzonymi przez siebie regułami przeprowadzania konkursów. Reguły te mają tylko pozory bezstronności, o czym świadczą rozliczne przykłady przyznawania kontraktów podmiotom o niższym potencjale niż podmioty odrzucone. Znacznie bardziej nieczytelne są jednak zasady określania wartości kontraktów poszczególnym oferentom. Pozwoliłem sobie ostatnio przeprowadzić analizę zmienności kontraktów szpitali na Dolnym Śląsku w latach 2010–2014, co było mi potrzebne na spotkanie Konsorcjum Dolnośląskich Szpitali Powiatowych.

Wcześniej obserwacje wskazywały na to, że w tym okresie, kiedy przyznawano w zasadzie kontrakty w wysokości ubiegłorocznych, zasłaniając się brakiem pieniędzy, szpitale większe, w tym akademickie, resortowe i marszałkowskie, były uprzywilejowane. Kiedy jednak przeanalizowałem kontrakty indywidualnych jednostek, okazało się, że nawet wśród szpitali powiatowych rozrzut wynosił od –5 do +20 proc. Ogólnie szpitale większe miały znacznie większy wzrost od mniejszych (+20 proc. vs +4 proc.), ale i tak szczęka mi opadła, kiedy stwierdziłem, że kontrakt największego szpitala na Dolnym Śląsku wzrósł w tym okresie o 100 mln zł rocznie, co stanowi ok. 44 proc. Trudno się dziwić, że w takiej sytuacji szpitale mają do siebie wzajemne pretensje, że ten w miejscowości X ma kontrakt większy niż ten w miejscowości Y. W pewnej mierze wynika to z powszechnie stosowanej przez NFZ przed laty zasady zmiany wartości kontraktu według wykonania, tzn. jeżeli szpital w miejscowości X wykonał więcej świadczeń medycznych niż ten z miejscowości Y, to uznaje się, że jest on częściej wybierany przez pacjentów i należy mu się większy kontrakt. Zasada była dość toporna, bo nie brała pod uwagę np. takiego zjawiska, że jeżeli szpital w X miał mniejszy kontrakt i dłuższe kolejki, pacjenci wybierali szpital w Y, gdzie kolejki z uwagi na większy kontrakt były mniejsze. Aha, nie miało to nic wspólnego z jakością świadczonych usług. Później skończyła się kasa i nawet ta zasada straciła rację bytu, ale różnice nie tylko pozostały, lecz w przedziwny sposób dalej się pogłębiały.

Ta sytuacja, o czym wspomniano wcześniej, oczywiście powodowała konflikty pomiędzy samymi szpitalami. Te bardziej „poszkodowane”, czemu trudno się dziwić, podniosły postulat populacyjnego podziału kontraktów, tzn. dostosowanego do liczby ludności obsługiwanej przez szpital, najczęściej powiatu. Postulat znowu w zasadzie słuszny, ale powodujący zastępowanie dżumy cholera. Po pierwsze, nieuwzględniający istniejącego potencjału szpitali: liczby łóżek czy pra-

cowników. Po drugie, nieuwzględniający utrwalonej migracji, często międzywojewódzkiej.

## Pola i poletka

Umiejętnie tworzone pola konfliktu można wyliczać w nieskończoność. Każde z nich powoduje, że interesariusze źle zorganizowanego i niedofinansowanego systemu walczą ze sobą zamiast współpracować. Wymieńmy jeszcze kilka. Stały konflikt pomiędzy podstawową opieką zdrowotną, ambulatoryjnym leczeniem specjalistycznym a szpitalami spowodowany ograniczeniem możliwości diagnostycznych POZ, a jednocześnie możliwością podrzucania do szpitali (zwłaszcza na SOR-y) pacjentów ambulatoryjnych wymagających diagnostyki, także z gabinetów specjalistycznych. Algorytm podziału pieniędzy pomiędzy województwa, powodujący serdeczną nienawiść większości województw do Mazowsza i Śląska, które są najczęstszymi beneficjentami stale zmieniających się zasad. Uprzywilejowanie w wycenie świadczeń niektórych specjalności medycznych czy dopuszczenie do ich nielimitowania, co sprawiło, że kardiologia czy okulistyka stanowią przedmiot zazdrości innych specjalności. Przecież aktualnie procedowany (bo raczej nadal nie wprowadzany) pakiet onkologiczny to kolejna zagrywka w tym stylu z dominującym pytaniem, kto straci, aby onkologia zyskała. Niezależnie od rozumienia potrzeby szybkiej diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych.

## Krótkie nogi

Jakkolwiek na to patrzeć, wszystkie te spory nie służą naprawie systemu, a przez to lepszemu udzielaniu usług zdrowotnych potrzebującym. Rozmywają one odpowiedzialność za rzeczywiste powody istniejącego bałaganu, pozwalając w każdej chwili wskazać palcem na kogoś innego, w zależności od potrzeby. Może w ten sposób można się nieźle trzymać stołka, ale nie wykreuje się nic konstruktywnego.

Rzymianie swoją politykę wobec ludów podbitych szybko zmodyfikowali, bo na skalę globalną okazała się ona nieskuteczna. Pod koniec I wieku p.n.e. zbuntowali się Italikowie – mieszkańcy półwyspu niebędący Rzymianami. Rzymianie tę krwawą wojnę wygrali, ale jej następstwem była nie pacyfikacja, lecz nadanie Italikom obywatelstwa rzymskiego i włączenie ich w system sprawowania rządów. W następnych latach obywatelstwo rozszerzono na wszystkich mieszkańców imperium. Proces ten był jednym z elementów *Pax Romana* – programu politycznego wewnętrznego i zewnętrznego pokoju, w ramach którego Rzym osiągnął apogeum swojej potęgi. Tytułowa maksyma miała zatem dość krótkie nogi, ale o tym niektórzy politycy, w tym zajmujący się ochroną zdrowia, zdają się nie wiedzieć. Przecież oznacza to, że trzeba by zrezygnować przynajmniej z części władzy.

Maciej Biardzki