



Fot. Wojciech/Surdziel/Agroja Gazeta

# Centralizm i etatyzm na skalę niespotykaną

Minister zdrowia przedstawił właśnie kolejną wersję ustawy wprowadzającej tzw. sieć szpitali. Pierwsza wersja wywołała wiele sprzeciwów. Protestowali dyrektorzy lub właściciele szpitali zagrożonych niezrealizowaniem się w sieci. Wskazywano, że kryteria zaproponowane jako przepustka do sieci są – w wielu przypadkach – nieadekwatne do rzeczywistości i nie uwzględniają specyfiki poszczególnych szpitali albo lokalnych uwarunkowań (np. tego, że w niektórych szpitalach jest „nietypowa” kombinacja oddziałów szpitalnych – przykładowo dwa podstawowe i pozostałe specjalistyczne – co powoduje, że nie przystają one do żadnego szczebla proponowanej sieci). Spowodowałyby to likwidację wielu szpitali albo oddziałów, które dotąd dobrze służyły swoim pacjentom.

Protestujący z jednej strony mieli rację, ale z drugiej postępowali nieracjonalnie, co wyjaśnię niżej. Trzeba

cowników. W przeciwnym razie mogłoby się okazać, że jeden szpital za te same pieniądze musi „obsłużyć” dwa razy więcej pacjentów, wydać trzy razy więcej na płace lub wykonać bardziej zaawansowane i kosztowne procedury niż inny. Tworzenie „sieci” szpitali w takim systemie musi być zatem decyzją arbitralną, podjętą w trybie administracyjnym i bez stosowania jakichkolwiek wyjątków. Dotyczy to również określenia liczby szpitali i oddziałów. W stosunku do obecnego stanu rzeczy jest to rewolucja, która – jak każda rewolucja – wymaga ofiar, np. w postaci likwidacji tego czy innego szpitala albo oddziału niepasującego do przyjętego jednolitego schematu. Stąd nieracjonalność wspomnianych na wstępie protestów szpitali, które się do sieci nie „załączyły”. Po to właśnie sieć się wprowadza, aby część szpitali i oddziałów „wyciąć”.

„Minister chciał bowiem przedstawić tworzenie *sieci szpitali* jako proces naturalny, wynikający z zastosowania określonych, obiektywnych kryteriów, ale...”

jednak przyznać, że ich postawa sprowokowana była przez samego ministra. Chciał on bowiem przedstawić tworzenie „sieci szpitali” jako proces naturalny, wynikający z zastosowania określonych, obiektywnych kryteriów, a samą „sieć” jako strukturę otwartą, do której każdy może być włączony po spełnieniu określonych warunków. Taka wizja „sieci”, zwłaszcza w kontekście proponowanego powrotu do budżetowej służby zdrowia, jest oczywiście fałszywa. Budżetowa służba zdrowia ma bowiem określone uwarunkowania i rodzi określone konsekwencje. Jest to przede wszystkim struktura odgórnie zaplanowana i ściśle wystandaryzowana. Nie ma tam miejsca na jakieś odstępstwa, lokalne specyfiki itp. Wynika to przede wszystkim ze sposobu finansowania szpitali w formie rocznego budżetu. Skoro ma być budżet, czyli forma uśrednionego rocznego wynagrodzenia, to struktura, sprzęt, zatrudnienie, zadania, populacja objęta opieką danego szpitala muszą być ściśle określone. Konieczna jest też rejonizacja szpitala i powrót do tzw. siatki plac dla pra-

Czy minister zdrowia o tym nie wie, przedstawiając w takiej formie projekt ustawy o „sieci szpitali”, czy tylko nie chce drażnić radykalizmem swoich propozycji, ukrywając ich istotę? Podpowiedzią mogłaby być lektura dawnych tekstów obecnego ministra zdrowia oceniających wcześniejsze propozycje „sieci szpitali”. Na przykład w majowym numerze „Menedżera Zdrowia” z roku 2007 można przeczytać następujące słowa Konstantego Radziwiłła: „Sieć rozumiana nie jako stan, do którego należy dążyć, aby zabezpieczyć podstawowe potrzeby zdrowotne ludności, ale raczej taki, do którego należy przyciąć obecne zasoby, likwidując ileś tam szpitali, już w swoich założeniach jest czymś nie do przyjęcia. Wynika z nich bowiem, że cała gigantyczna struktura biurokratyczna oceniająca szpitale jest potrzebna właściwie głównie po to, aby dać komuś alibi do likwidacji poszczególnych placówek”. I podsumowanie tych spostrzeżeń: „Grozi nam centralizm i etatyzm na skalę niespotykaną w żadnym nowoczesnym kraju”. ■