

Czy potrzebne nam Ministerstwo Zdrowia

MINISTERSTWO GŁUPICH KROKÓW

Działania resortu zdrowia wśród uczestników systemu, poza niektórymi grupami interesu, wzbudzają skrajnie negatywne emocje. Możliwe jednak, że jeszcze przez długie lata będzie on działać jak Ministerstwo Głupich Kroków obśmiane przez Monty Pythona. Czy jednak tak być musi, czy państwo nie może spojrzeć inaczej na system opieki zdrowotnej?



W czerwcu 2010 r. na łamach „Menedżera Zdrowia” ukazał się artykuł, w którym zastanawiałem się, do czego jest nam potrzebne Ministerstwo Zdrowia. Był to czas całkiem jeszcze nieodległy. Wtedy, podobnie jak dzisiaj, czekaliśmy ze zniecierpliwieniem, czy obietnice złotoustej Ewy Kopacz zostaną przekute na jakiegokolwiek sensowne zmiany legislacyjne, które wprowadzą nową jakość do naszego systemu.

Obietnice szczęśliwie niespełnione

Jeżeli sobie dobrze przypomnimy, rok 2010 był już trzecim rokiem rządów, podczas których słyszeliśmy ciągle obietnice, jakie to zmiany ujrzą lada dzień światło dzienne. Przez ten czas zorganizowano „biały szczyt”, rozpropagowano skierowanie do Sejmu serii ustaw, które nie były procedowane, ponieważ – jak z rozbijającym uśmiechem głosił ówczesny szef klubu PO Zbigniew Chlebowski – zepsuła się sejmowa kserokopiarka. Niestety – w 2011 r. przeprowadzono przez Sejm tzw. pakiet zdrowotny, z którego następstwami borykamy się do dzisiaj. Może w takim razie nie należałoby narzekać, że Bartosz Arłukowicz obiecuje zmiany dopiero drugi rok? Jeżeli owocami naszej namolności miałyby być podobne ustawy, jak te z pakietu zdrowotnego obecnej marszałek Sejmu, to może niech tylko obiecuje.

Ministerstwo choroby

Wracając jednak na ścieżkę powagi – warto się zastanowić, czy istotnie oplaca się nam utrzymywanie tej instytucji w obecnej formie, zwłaszcza że nic korzystnego z jej działalności nie wynika.

W zasadzie można by zacząć od klasycznej definicji zdrowia WHO, która opisuje je jako „nie tylko całkowity brak choroby czy kalectwa, ale także stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia)”. Jak wynika z definicji, zdrowie jest stanem, na który mają wpływ nie decyzje jednego resortu, ale multidyscyplinarne działania całego państwa, w tym ministerstw sportu, edukacji, ochrony środowiska, pracy i polityki społecznej itp., itd. Nieodłączną częścią takiego podejścia do zdrowia powinno być stworzenie i realizowanie ustawy o zdrowiu publicznym, o której potrzebie przestaliśmy już sensownie dyskutować, a zaczęliśmy głądzić.

W zamian mamy instytucję, która zajmuje się tajemnymi pracami nad wieloma ustawami szczegółowymi i niemal zawsze opóźnionym tworzeniem rozporządzeń i innych aktów wykonawczych do istniejącego prawa, ale nie potrafi stworzyć czy choćby zainicjować publicznej dyskusji nad istotą ochrony zdrowia w Polsce. Od lat wszelkie wysiłki Ministerstwa Zdrowia są skierowane na nieudolne próby budowania infrastruktury wysokospecjalistycznej opieki zdrowotnej i zapewnienie jej finansowania, brakuje zaś jakiegokolwiek spojrzenia na system jako na całość. Dlatego też nie ma żadnych pochodzących od państwa inicjatyw służących utrzymywaniu Polaków w zdrowiu, jak choć-



**MOŻE NIE NALEŻY NARZekać,
ŻE BARTOSZ ARŁUKOWICZ DRUGI ROK
POPZRZESTAJE NA OBIETNICACH ZMIAN.
JEŻELI OWOCAMI MONITÓW O DZIAŁANIE
MIAŁYBY BYĆ USTAWY GNIOTY, TO LEPIEJ
NIECH ZOSTANIE TAK, JAK JEST.**

foto: Adam Stepień/Agencja Gazeta

by ulg podatkowych za wydatki na określone formy aktywności fizycznej.

Brak profilaktyki

Profilaktyka nie istnieje. Wszelkie próby tworzenia programów profilaktycznych nie są związane z działalnością ministerstwa, lecz są to programy kreowane przez NFZ bądź samorządy terytorialne. Projekty przygotowywane przez te drugie są zresztą najczęściej sposobem na przetransferowanie pieniędzy do publicznych podmiotów leczniczych, a niejako przy okazji wykonywane są badania diagnostyczne u zainteresowanej części lokalnej społeczności. Programy finansowane przez

O STWORZENIU I ZREALIZOWANIU USTAWY O ZDROWIU PUBLICZNYM PRZESTALIŚMY JUŻ SENSOWNIE DYSKUTOWAĆ, A ZACZĘLIŚMY GŁĘDZIĆ.

NFZ z kolei cieszą się niewielkim zainteresowaniem obywateli. A przecież można by wykorzystać umiejętności inżynierii społecznej, tak chętnie stosowane przez polityków do manipulowania wyborcami, i przenieść je na grunt ochrony zdrowia. Dlaczego np. nie połączyć ulg podatkowych za wydatki ponoszone na aktywność fizyczną z koniecznością wykonania określonych badań profilaktycznych finansowanych przez NFZ? Proste jak budowa cepa – nieprawdaż? A jestem przekonany, że rządzący dysponują fachowcami, którzy wymyśliliby bardziej finezyjne narzędzia. No, chyba że wszyscy zajmują się tłumaczeniem korzyści z nacjonalizacji naszych wkładów w OFE bądź kolejnym objaśnianiem okoliczności katastrofy smoleńskiej.

Hierarchia

Rolą Ministerstwa Zdrowia powinno być ustalenie hierarchii podmiotów leczniczych w zależności od stawianych przed nimi zadań i wspieranie tych, których zadanie społeczne wydaje się na tym etapie najważniejsze. Obojętne przy tym jest, czy są to podmioty prywatne czy

Andrzej Basiński
prorektor ds. klinicznych
Gdańskiego Uniwersytetu
Medycznego



foto: Beata Kłtowska/AG

Coś trzeba zlikwidować: albo Ministerstwo Zdrowia, albo Narodowy Fundusz Zdrowia w obecnym kształcie. Instytucje te dublują się, co niepotrzebnie mnoży koszty administrowania systemem ochrony zdrowia. Nie ma potrzeby, by działały w naszym kraju dwie państwowe instytucje zajmujące się zdrowiem Polaków, określaniem ram prawnych i budżetów, tworzeniem w praktyce polityki zdrowotnej państwa. Zwłaszcza w sytuacji, gdy akty prawne wydawane przez nie często są sprzeczne. Podział kompetencji między Ministerstwem Zdrowia a funduszem jest nieczytelny – i to jeden z problemów. Drugi polega na tym, że z kompetencji obu tych instytucji wyłączono sprawy zaopatrzenia rentowego, kosztów społecznych ponoszonych wskutek chorób Polaków. Można się w tym doszukiwać przyczyn tego, że zdrowie publiczne, troska o profilaktykę ma u nas niewystarczający wymiar.

publiczne. Samo zdrowie obywateli jest publiczne i to o nie trzeba dbać, a nie o realizatorów tych zadań, zwłaszcza w zależności od ich formy organizacyjnej. Hierarchia taka to nic innego jak słynna piramida kompetencyjna rozpoczynająca się na praktykach lekarzy rodzinnych, a kończąca się na instytutach naukowych. Gdyby ministerstwu rzeczywiście zależało na zdrowiu społeczeństwa, to bardziej interesowałoby się podstawą tego systemu, wiedząc, że tam realizowane jest nawet 80 proc. potrzeb zdrowotnych, a zgodnie z regułą Pareto potrzeba na to mniej więcej 20 proc. funduszy. Prawdopodobnie niewiele by było potrzebne, aby poprawić sytuację lekarzy rodzinnych: zwiększyć możliwości kształcenia w tym kierunku, zwiększyć, a nie ograniczać, ich kompetencje, premiować za realizację programów profilaktycznych. Podobnie należałoby postąpić ze szpitalami powiatowymi: preferować finansowo, ale tylko w wypadku czterech podstawowych dziedzin medycyny, ułatwiać pozyskiwanie rezydentów w celu odtwarzania kadr, systemowo uzupełnić sprzęt, np. wyposażać je w aparaty TK. W ten sposób powoli zaczęto by budować spójny system, który miałby cechy ciągłości i kompleksowości leczenia, tak pożądane przez obecną ekipę.

Nie jest to sprzeczne z wspieraniem leczenia bardziej specjalistycznego, ale tutaj trzeba by się oprzeć na promowaniu innowacyjności, tzn. metod nowoczesnych i bardziej efektywnych kosztowo. Należy przy tym zaznaczyć, że efektywność kosztowa nie może być liczona tyl-





foto: Digital Art/Corbis

ko jako koszt leku przeliczany na uzyskane przeżycie lub komfort życia przy uwzględnieniu PKB *per capita*, a ten wskaźnik WHO wykorzystujemy obecnie. To ma głęboki sens przy dopuszczaniu drogich leków do terapii, ale nie obejmuje innych sytuacji, w których stosowane leczenie może pozwolić na powrót pacjenta na rynek pracy, zmniejszyć jego absencję chorobową, zmniejszyć koszt leczenia farmakologicznego itp., itd. Tak jest np. w wypadku chorób układu kostno-stawowego, w których zastosowanie leczenia biologicznego lub odpowiednio wczesna endoprotezoplastyka pozwalają na utrzymanie pacjenta na wyższym poziomie komfortu przy niższych kosztach leczenia niż limitowanie tych świadczeń i ustawianie pacjentów w kolejce. Podobnie jest z leczeniem zaćmy, które też jest jednym z nierozwiązanych problemów. Zamiast wspierać tańsze leczenie jednodniowe, administracyjnie blokuje się działalność podmiotów chcących leczyć w taki sposób. Jednocześnie ustala się stawkę za zabieg niemal dwukrotnie wyższą niż w Czechach i zbliżoną do cen w starej Unii, ale zastrzegając ją dla pełnych hospitalizacji, które odbywają się... w szpitalach publicznych. Czy to jest polityka służąca pacjentom czy niektórym podmiotom? Czy to jest głupota, lobbing czy jeszcze jakaś inna inspiracja?

Wspierajmy naszych

Ministerstwo dysponuje swoim budżetem, który pomimo wzlotów i upadków związanych z konieczno-

ścią cięć wymaganych przez ministra finansów niemal od 10 lat wynosi 3–4 mld zł. Oczywiście zadania budżetu Ministerstwa Zdrowia są rozległe, jak choćby finansowanie sieci stacji sanitarno-epidemiologicznych, jednakże gros tych wydatków idzie na wyższe szkolnictwo medyczne, w tym utrzymywanie dydaktyki na uczelniach. Dość zabawne jest, że szkolenie podyplomowe lekarzy jest finansowane nie z pieniędzy Ministerstwa Zdrowia, lecz Funduszu Pracy – teoretycznie przeznaczonego na aktywizację bezrobotnych. Jak Ewa Kopacz załatwiła to z Jackiem Rostowskim, to pewnie słodka tajemnica obojga. Na pewno jest to decyzja korzystna z punktu widzenia środków przeznaczonych na system, ale stawiająca w nieco niezręcznej sytuacji rezydentów. Zwłaszcza tych, którzy obecnie głośno protestują przeciw pomysłu zwracania pieniędzy przeznaczonych na rezydenturę w wypadku niepodjęcia pracy w sektorze publicznym po jej zakończeniu.

Wracając jednak do ministerstwa – jego związek z uczelniami medycznymi i wielkimi szpitalami specjalistycznymi jest przeogromny. Istnieją grupy interesów działające na rzecz wielkich placówek klinicznych, których siły chyba nie doceniamy. Swoisty networking związany pomiędzy władzami tych szpitali i uczelni a urzędnikami ministerstwa sprawia, że większość decyzji mających skutki finansowe służy przede wszystkim tym jednostkom. To z budżetu ministerstwa wspiera się finan-

Zbyszko Przybylski przewodniczący Wielkopolskiego Związku Szpitali Powiatowych



foto: Mateusz Dąbrowski/Fotografia

Trudno oprzeć się wrażeniu, że Ministerstwo Zdrowia od jakiegoś czasu dokonuje aktu autodestrukcji. Gdy czyta się doniesienia medialne, odnosi się wrażenie, że resort chce udowodnić wszystkim Polakom, że za nic nie jest odpowiedzialny. Że „to nie my, to oni” powinni wziąć sprawę w swoje ręce. Wygląda to na nieustannie deklarowaną chęć pozbycia się odpowiedzialności i kompetencji na rzecz innych podmiotów. Stąd pewnie pytanie o to, czy w ogóle do czegoś jest nam potrzebne Ministerstwo Zdrowia.

A jednak – jest potrzebne. Usługi medyczne to rynek z dużą dozą regulacji, nie uciekniemy od tego. Ministerstwo jest potrzebne, by wspierać politykę zdrowotną państwa pomysłami na takie mądre regulacje. Największym problemem ministerstwa jest to, że nie robi tego, do czego zostało powołane. Że nie ma wizji, nie ma koncepcji, a jakość tworzonych przez nie regulacji pozostawia wiele do życzenia.

sowo niektóre z naszych flagowców, tworzy się programy finansujące zakup sprzętu i niektórych usług, które nieodmiennie trafiają do tych samych molochów. Wystarczy tylko przeprowadzić pobieżną analizę beneficjentów takich programów, jak POLCARD, aby stwierdzić, kto i jak często z nich korzysta – przy czym nie mówię o pacjentach. Nie oznacza to, że nie należy wspierać wielkich szpitali, lecz brakuje równowagi pomiędzy beneficjentami. Dlaczego nie wspomaga się wczesnej diagnostyki poprzez na przykład wsparcie zakupów aparatów USG przez praktyki lekarza rodzinnego, endo-

Wojciech Misiński
wykładowca
na Uniwersytecie
Ekonomicznym
we Wrocławiu,
ekspert Centrum
im. Adama Smitha



foto: Archiwum Wojciech Misiński

W wielu krajach mamy taki sposób organizacji ministerstw, że resort zdrowia jest połączony z resortem spraw społecznych. Jedno ministerstwo załatwia sprawy medycyny naprawczej, a także rent i emerytur. Bo to przecież system naczyń połączonych: u nas źle leczona przez Ministerstwo Zdrowia choroba skutkuje koniecznością wypłaty renty z budżetu Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej. Lepiej więc byłoby połączyć kompetencje obu ministerstw w całość. Od razu pojawiłyby się pieniądze na profilaktykę oraz zdrowie publiczne.

Co dałoby połączenie kompetencji ministerstw? Właśnie zdrowie. Czyli odpowiednie proporcje przy podziale funduszy między medycyną naprawczą i profilaktyczną.

skopów przez szpitale powiatowe czy wspomnianych już aparatów TK z możliwością dostępu do teleradiologii? Porównywalne nakłady przyniosłyby z pewnością znacznie większe skutki zdrowotne dla obywateli niż zakupy sprzętu do leczenia wąskiej grupy osób, u których zaniedbano bądź źle przeprowadzono wcześniejsze leczenie. Oczywiście osąd ten nie dotyczy leczenia wad wrodzonych, choć i te nie zawsze diagnozuje się już przy urodzeniu.

Nie od rzeczy będzie więc twierdzenie żartem, że Ministerstwo Zdrowia pełni także funkcję nieformalnego banku wspierającego działalność stale tej samej grupy szpitali. Aż ciśnie się wspomnienie SMS-a ujawnionego przez Jana Marię Rokitę w trakcie obrad komisji rywnowskiej, który brzmiał „chwała nam i naszym kolegom – ch... precz”.

Biurokratyczna hydra

Kolejną cechą Ministerstwa Zdrowia jest całkowite zbiurokratyzowanie własnej działalności. Tę samą cechą ma zresztą jego młodszy brat – Narodowy Fundusz Zdrowia. Próżno szukać celów, które były zawarte w tytułach wchodzących w życie ustaw i nadziei towarzyszących tym ustawom, kiedy zaczynamy czytać ich treść, a zwłaszcza treść aktów wykonawczych do nich. Zazwyczaj akty te, które miały obecny stan porządkować, komplikują go jeszcze bardziej. To, co miało nam ułatwić życie – przekształca je w kolejny koszmar. Typowy przykład to ustawa refundacyjna. Potrzebna i oczekiwana, mająca uporządkować rynek leków – w treści i formie, w jakiej ją wprowadzono, spowodowała przede wszystkim zamieszanie. Nie chodzi przy tym o zamieszanie medialne, bo dziennikarze żyją z takich okazji. Ale spójrzmy, co ustawa poprzez swoje przeregulowanie rynku spowodowała. Dla pacjentów – braki niektórych leków i wzrost odpłatności za nie *out of pocket*. Dla lekarzy – konieczność dostosowywania się do nowej listy co dwa miesiące, a przede wszystkim problemy z ordynacją *out of label*. Dla funduszu – zamrożenie pieniędzy przeznaczonych na programy lekowe i refundację (ok. 1,5 mld zł w kolejnych dwóch latach), które nie mogły z racji zapisów ustawy być przeznaczone na inne rodzaje usług zdrowotnych. Fundusz miał szczęście – z pieniędzy tych mógł pokryć ubytki w ściągalności składki zdrowotnej i zapłacić za zakontraktowane świadczenia, ale przecież nie taki był cel ustawy.

Zderzenie ze zdarzeniami medycznymi

Kolejny przykład to nowela ustawy o prawach pacjenta wprowadzająca pojęcie zdarzenia medycznego. Jakież to wielkie przyniosła ona korzyści pacjentom, skoro dopiero teraz, niemal po dwóch latach, pojawiają się informacje o pierwszych orzeczeniach w kolejnych województwach? Jednocześnie ubezpieczyciele, a właściwie ubezpieczyciel, bo poza PZU nikt nie chciał się podjąć ubezpieczenia od zdarzeń medycznych, nie znając skali potencjalnych roszczeń, podyktował horrendalne stawki ubezpieczenia. Obowiązek ubezpieczenia zawieszono do 1 stycznia 2014 r., zostawiając na lodzie tych, którzy je wykupili. Jakie stawki zostaną zaproponowane teraz, a może obowiązek znowu zostanie przesunięty o rok czy dwa – zobaczymy.

Ten ostatni przykład obrazuje dodatkowo dwie rzeczy charakterystyczne dla prawa stanowionego przez parlament i nasze ministerstwo: jakże częstą fikcją tego prawa oraz notoryczne nieegzekwowanie zobowiązań wynikających z przyjętych aktów prawnych i związane z tym ciągle ich prolongowanie. Tu także można wymienić w nieskończoność. Najbardziej znane przykłady to nieustanne przesuwanie terminów dostosowania się podmiotów leczniczych do wymagań sanitarnych



**BIUROKRATYCZNA HYDRA, KTÓRA ROZPANOSZYŁA SIĘ
PRZY MIODOWEJ (NIE TYLKO ZRESZTĄ TAM),
UWIELBIA SWOJE ZADANIA PRZERZUCAĆ NA INNYCH.**

fot. 123RF

czy uzyskania przez praktykujące pielęgniarki wyższego wykształcenia.

Również ostatnio pojawiają się nowości, takie jak przesunięcie terminu uruchamiania lądowisk dla helikopterów ratunkowych przy SOR-ach do końca 2016 r. Można się tylko zastanawiać, po co uchwalono wcześniejszy termin. Chociaż problem leży dużo głębiej i wiąże się z całą niekonsekwencją i brakiem refleksji ministerstwa i NFZ. Oczywiście jest, że SOR powinien mieć lądowisko, ale czy wszystkie SOR-y są sobie równe? Utworzyliśmy mnóstwo oddziałów bez żadnej strategii i wizji. Obok oddziałów w wielkich miastach czy niedaleko wielkich arterii komunikacyjnych mamy też takie, które powstały w małych miejscowościach, bo udało się załatwić pieniądze na ich utworzenie i wyposażenie oraz załatwić kontrakt w NFZ. Teraz te pseudo-SOR-y stoją z pustymi salami operacyjnymi i pojedynczymi pacjentami, skarżąc się na zbyt niskie finansowanie. Może należy zabrać uprawnienia niektórym z nich, a tym, które są systemowo niezbędne, jednak nakazać posiadanie lądowiska? A przede wszystkim, może należałoby zliberalizować pojęcie lądowiska np. poprzez przyjęcie, że do 30 czerwca 2014 r. muszą posiadać miejsce do lądowania, a do 31 grudnia 2016 r. pełnoprawne lądowisko umożliwiające lądowanie nocą? I może – na miły Bóg – dla tych wyselekcjonowanych SOR-ów sfinansujemy to z funduszy europejskich. Przecież to element ratownictwa medycznego, a ratownictwo medyczne jest zadaniem państwa, a nie szpitali czy samorządów.

Wojciech Maksymowicz
dzienikarz Wydziału Nauk
Medycznych Uniwersytetu
Warmińsko-Mazurskiego,
były minister zdrowia



fot. Tomasz Waszczuk/Agencja Gazeta

W realiach dwudziestolecia międzywojennego rzeczywistość ministerstwa zdrowia nie było. I nie przeszkadzało to polskiej ochronie zdrowia nie być gorszą od średniej europejskiej. Ale tego sukcesu sprzed siedemdziesięciu lat nie można powtórzyć metodą kalkowania obowiązujących wówczas metod. Bez ministerstwa nie damy sobie rady. Jasne jest, że w kwestii właściwej organizacji systemu ochrony zdrowia państwo ma do odegrania wielką rolę, spoczywają na nim ogromne zadania. Większe niż w dwudziestolecie. I w tej roli państwa nikt nie zastąpi. Państwo musi zatem mieć swoją wyspecjalizowaną agendę do tworzenia regulacji na rynku, który regulowany być musi z natury rzeczy. Ktoś musi przygotować dobre akty prawne. Ktoś musi na posiedzeniach Rady Ministrów uświadamiać ministrowi finansów konieczność ponoszenia wydatków na ochronę zdrowia. Państwo wydaje na ochronę zdrowia określony procent PKB, godzi się na to, musi mieć wysokiej rangi instytucję nadzorującą te wydatki.

Zwalanie na innych

Biurokratyczna hydra, która rozpanoszyła się przy Miodowej (nie tylko zresztą tam) ma jeszcze jedną cechę – uwielbia swoje zadania przerzucać na innych. Wspomnę tylko jako klasyk słynną ustawę tworzącą koszyk świadczeń zdrowotnych. Ministerstwo ustawę przygotowało, ale zabrakło czasu na jej meritum, czyli przygotowanie koszyka, który ponadto zgodnie z orzeczeniem Trybunału Konstytucyjnego powinien być dostosowany do wielkości funduszy w systemie. Zastosowano prosty manewr – polecono Narodowemu Funduszowi Zdrowia opracować zawartość koszyka, ten jed-

Rafał Janiszewski ekspert w dziedzinie ochrony zdrowia



foto: Archiwum

W polskich warunkach rzeczywistości potrzebujemy Ministerstwa Zdrowia. Wyobrażam sobie, że moglibyśmy je zlikwidować dopiero wtedy, gdy w pełni przeszlibyśmy na model ubezpieczeniowy. Wówczas to kasy chorych, konkurując na rynku swoją ofertą, wyznaczałyby standardy w całej ochronie zdrowia. Jednak na taki model ubezpieczeniowy, komercyjny, nie możemy w Polsce przejść w pełni, inne są oczekiwania naszych rodaków, przyzwyczajonych do modelu socjalnego. A w takim Ministerstwo Zdrowia jest niezbędne. Jego naczelnym zadaniem powinno być kreowanie polityki zdrowotnej, stworzenie koszyka świadczeń gwarantowanych. I należy żałować, że z tego głównego, najważniejszego zadania nasze ministerstwo wywiązuje się tak słabo. Jest to przyczyną wielu nieszczęść, które w ochronie zdrowia trapią i pacjentów, i świadczeniodawców.

nak także poszedł po linii najmniejszego oporu, kopiując istniejące zarządzenia prezesa. I tak jak wcześniej nie mieliśmy koszyka świadczeń zdrowotnych, tak teraz go mamy, ale niczego to nie zmieniło.

Drugim klasykiem są liczne sprawozdania, w których zbieraniu lubuje się ministerstwo. Wysyłamy regularnie określone sprawozdania z działalności naszych szpitali i przychodni, które są poddawane analizie i nie wnoszą absolutnie NIC. Jest to kawał porządnie wykonanej, nikomu niepotrzebnej roboty, która grzęźnie w czeluściach resortu. Jeżeli czasem jakakolwiek analiza się z nich wychyli, to wygląda jak informacje o zobowiązaniach SPZOZ-ów, publikowane co kwartał. Nie wiadomo z nich, jak zmienia się liczba zakładów (a przecież ciągle trwa ich komercjalizacja), jakie są zobowiązania publiczno-

-prawne, a jakie cywilne, w jakim stopniu były one dokapitalizowane itp. I dlatego taką informację można sobie wsadzić w odpowiednie miejsce... np. do niszczarki.

Likwidacja czy całkowita reorganizacja

Ciągle mi się przypomina, jak wspomniany już Jan Maria Rokita, w 2005 r. niedoszły „premier z Krakowa”, przedstawiał program wyborczy PO. Programu tego nijak się nie da teraz znaleźć, nawet w internecie. Ale to wtedy planowano likwidację Ministerstwa Zdrowia i utworzenie w jego miejsce bodaj dwóch departamentów w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej. Pomysł zniknął – jak likwidacja Senatu, ograniczenie liczby posłów czy inne elementy „taniego państwa”. Można dyskutować, czy Ministerstwo Zdrowia jest nam potrzebne, czy przynajmniej niektóre jego zadania nie powinny być przeniesione gdzie indziej. Jest na pewno potrzebne jako ośrodek tworzenia polityki zdrowotnej, tyle że tej akurat funkcji ono nie realizuje. A szkoda.

Czy jest potrzebne jako organ nadzorczy uczelni medycznych, skoro istnieje Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyzszego? Może tam wystarczyłby specjalny departament do tych celów. Czy jest potrzebne do kształcenia podyplomowego? W Niemczech liczbę potrzebnych lekarzy, w tym specjalistów, określają rady przy rządach w poszczególnych landach, które ustalają to we współpracy z uczelniami kształcącymi lekarzy i izbami lekarskimi. Może u nas też można by taki model zastosować? Czy jest potrzebne do finansowania sanepidu? Te zadania można scedować na urzędy wojewódzkie, utrzymując GIS w nader okrojonej formie nadzorczej. Czy jest potrzebne do rozdawnictwa pieniędzy na procedury wysokospecjalistyczne i programy zdrowotne? W czasie kryzysu wiele procedur przerzucono na NFZ, nie przekazując na ten cel pieniędzy. To może przesunąć resztę, ale przenosząc środki – analogicznie do ratownictwa medycznego. Zakupy inwestycyjne niech koordynuje Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, jak w wypadku funduszy unijnych. Jak widać, wiele z zadań Ministerstwa Zdrowia można delegować gdzie indziej, więc pytanie, czy ministerstwo działające tak jak obecnie jest komukolwiek potrzebne – jest całkowicie uzasadnione.

Ale może wystarczyłaby głęboka jego reorganizacja, która sprawiłaby, że z bezwładnego biurokratyczno-towarzystwskiego tworu powstałaby agenda państwa, która potrafiłaby zdefiniować cele systemu opieki zdrowotnej w Polsce? I to we współpracy z innymi ministerstwami, które na razie działają niewiele lepiej?

Tomasz More, zwany w Polsce Morusem, napisał swoją słynną „Utopię” w 1516 r. Za trzy lata upłynie zatem 500 lat, a Utopia nigdy nie powstała. Do zmiany w Ministerstwie Zdrowia też pewnie szybko nie dojdzie. Możliwe, że jeszcze przez długie lata będzie ono działać jak tytułowe Ministerstwo Głupich Kroków obśmiane przez Monty Pythona. Cytując Wyspiańskiego – „Chińczyki trzymają się mocno”.

Maciej Biardzki