



PAP/Marcin Obara

**RESORT**

**WYPUNKTOWANY**

Rozmowa z prof. Ireną Lipowicz, kierownik Katedry Prawa Administracyjnego i Samorządu Terytorialnego Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, rzecznikiem praw obywatelskich w latach 2010–2015, autorką książki „Samorząd terytorialny XXI wieku”.

Minister zdrowia w grudniu 2020 r. powołał zespół, który zajmuje się planem restrukturyzacji szpitali. Do końca lutego 2021 r. miał on przedstawić założenia projektu, a w maju zaprezentować gotową ustawę. Nie ma ani założeń, ani ustawy. Z konkretów – jest prezentacja pod tytułem „Reforma szpitali w Polsce – status projektu”, którą wiceminister zdrowia Sławomir Gadomski omawiał 24 lutego podczas spotkania Konwentu Marszałków Województw i połączonych Komisji Zdrowia oraz Samorządu Terytorialnego i Polityki Regionalnej. Były też mniej lub bardziej ogólne wypowiedzi przedstawicieli resortu.

Powiem wprost – trudno tę prezentację i to, co dotychczas zapowiedzieli przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, oceniać pozytywnie. Najbardziej krytycznie odnoszę się do samego podjęcia zmian w szpitalnictwie w sytuacji, kiedy jeszcze na dobre nie rozwinęła się poprzednia reforma z 2017 r. – sieć szpitali, bez rozliczenia jej skutków, kosztów i autorów. Podstawą w tym przypadku powinno być przecież przestrzeganie zasady sprawności i efektywności działania, a tak się nie stało. Po pierwsze – czy należało przyjąć po zaledwie trzech latach, że tamta reforma była nieskuteczna? Przecież ona dopiero startuje. Nie dowiedzieliśmy się, czy była dobra czy nieprzemyślana, nie przedstawiono wniosków i wyjaśnień. Dlaczego zatem rządzący planują kolejną? To błąd systemowy.

Po drugie – reformy dotyczące szpitalnictwa muszą być oparte na mapach potrzeb zdrowotnych, a te, jak wiemy, są nieaktualne. Jeśli podstawa procesu decyzyjnego jest niewiarygodna, o czym sami zarządzający mówią, to decyzja nie może być prawidłowa.

Po trzecie – od lat samorząd terytorialny i publiczne szpitale są niedofinansowane, co potwierdziły Trybunał Konstytucyjny i polskie sądy administracyjne. Skarb Państwa, administracja rządowa, jest dłużnikiem samorządowej ochrony zdrowia, jej jednostek. Rządzący nie uwzględniają faktu, że samorządy mają kłopoty głównie dlatego, że nie dostały na czas pieniędzy. Sytuacja placówek ochrony zdrowia – zarówno rządowych, jak i samorządowych – jest fatalna, bo od lat samorządy nie otrzymują na szpitale środków finansowych, które należą im się z mocy prawa. Zostało to ustalone zarówno przez Trybunał Konstytucyjny, jak i Najwyższą Izbę Kontroli. Zgodnie z orzeczeniem TK z 20 listopada 2019 r. (sygn. akt K4/17) powodem zadłużenia się placówek samorządowych jest niewłaściwe finansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Fundusz płaci za poszczególne świadczenia mniej, niż wynoszą ich rzeczywiste koszty. Trybunał wskazał, że powszechne zadłużenie zakładów opieki zdrowotnej prowadzących szpitale jest dowodem na to, że pieniądze przekazywane szpitalom przez NFZ są nieadekwatne do rzeczywistych nakładów na świadczenia zdrowotne.

**NASZA OCHRONA ZDROWIA JEST GŁĘBOKO**

**I STRUKTURALNIE NIEDOFINANSOWANA,**

**ALE RESORT TWIERDZI, ŻE TO SAMORZĄDY**

**I DYREKTORZY SZPITALI NIEZARZĄDZANYCH**

**PRZEZ MINISTERSTWO SOBIE NIE RADZĄ.**

**KRYTYKUJĄ ICH, NIEUDOLNIE PRÓBUJĄ POKAZAĆ,**

**ŻE NAJLEPSZYM ROZWIĄZANIEM BĘDZIE**

**CENTRALIZACJA SZPITALNICTWA.**

**JEST WRĘCZ ODWROTNIE**

Czy zatem powinno się reformować szpitalnictwo? Opiszę to obrazowo – jeśli chcę coś radykalnie zmienić w swojej firmie, najpierw porządkuję dotychczasową sytuację, spłacając stare długi i wyciągając konkretne wnioski z porażek. Albo inaczej – gdyby ktoś z ogromnymi długami zgłosił się do banku i prosił o kredyt, mówiąc, że ma nowy, świetny projekt, to nie sądzi pan, że najpierw by go zapytano, co z tymi długami, z rozliczeniem poprzedniej działalności?

Z pewnością tak...

No właśnie, a w tym przypadku tak się nie dzieje. Powiem wprost – nasza ochrona zdrowia jest głęboko i strukturalnie niedofinansowana, ale resort twierdzi, że to samorządy i dyrektorzy szpitali niezarządzanych przez ministerstwo sobie nie radzą. Krytykują ich, nieudolnie próbują pokazać, że najlepszym rozwiązaniem będzie centralizacja szpitalnictwa. Jest wręcz odwrotnie. Cichymi bohaterami systemu ochrony zdrowia w naszej rzeczywistości są właśnie ci, którzy w skrajnie trudnych warunkach zarządzają szpitalami, i przedstawiciele samorządów właścicielskich. To cudotwórcy. Nie można nazwać ich inaczej, bo jak określić kogoś, kto dostaje zadanie do wykonania, a nie otrzymuje pieniędzy na jego realizację? Co więcej, nie pozwala się szpitalowi zarabiać na wolnym rynku, zabraniając – na podstawie konstytucji – wykonywania odpłatnych usług w podmiotach. Powtórzę – wyznacza się im zadanie, czyli zarządzanie szpitalami, nie daje pieniędzy, nie pozwala „dorobić”, a następnie przychodzi i mówi: „to nie działa, potrzebna jest kolejna reforma”.

Buntuję się przeciwko pytaniu o przyszłość, bo konieczna jest rozmowa o teraźniejszości. Szkoda, że nie buntują się inni – zdumiewa mnie, że nie ma w tej sprawie strategicznego sojuszu między menedżerami szpitali, pracownikami podmiotów medycznych, samorządowcami i pacjentami. Wydaje się on konieczny. Zamiast niego w sytuacji skrajnego niedofinansowania

**NIE WIDZĘ NICZEGO DOBREGO W TEJ REFORMIE.**

**PRZYCHODZI MI NA MYŚL SŁOWO**

**„NIEGOSPODARNOŚĆ”,**

**ALE TO ŚCISŁE POJĘCIE PRAWNE,**

**WIĘC POWIEM O NIECELOWOŚCI**

**I NIEKONSTYTUCYJNOŚCI ZMIAN**

resort zdrowia kreuje nową politykę albo być może wyodrębni się jakiś niezależny, nowy ośrodek władzy.

**Co ma pani na myśli, mówiąc o tym ośrodku?**

Nieruchomości szpitalne – na przykład Szpitala Dzieciątka Jezus mieszczące się w centrum Warszawy – znajdują się na najbardziej atrakcyjnych działkach w centrach miast w Polsce. Mimo wstępnych deklaracji, które zdają się to maskować, ostateczną konsekwencją planowanej reformy będzie, jak można przypuszczać, akwizycja szpitali, na której podmioty krajowe i zagraniczne mogą zrobić interes stulecia. Nastąpi prywatyzacja strukturalna szpitali albo wykupienie ich nieruchomości. Powtórzę – prywatyzacja! Przedstawiciele resortu mówili o nowym centralnym organie, który będzie zarządzać szpitalami, czyli o Agencji Rozwoju Szpitali. Zapowiada się, że szpitale będą podzielone na trzy kategorie, a placówki znajdujące się w najsłabszej zostaną zlikwidowane. Wiceminister zdrowia Waldemar Kraska na początku 2021 r. mówił: „nie ukrywamy, że przygotowujemy ustawę, która trochę przeorganizuje polską służbę zdrowia – chcemy, aby szpitale powiatowe zmieniły właścicieli”, również wiceminister zdrowia Sławomir Gadomski podczas posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia stwierdził, że taka jest wola rządu. Planowane jest coś, co powinno nas martwić. To fatalna informacja dla menedżerów szpitali, pracowników medycznych, samorządowców i przede wszystkim pacjentów. Zmiany tak fundamentalne są niekorzystne dla polskiego szpitalnictwa i Polski w ogóle.

**Mówi pani, że nie chodzi o centralizację, ale o prywatyzację?**

Właśnie. Wydaje się, że centralizacja to tylko jeden z etapów proponowanych zmian. Niezależnie od tego, jaki wariant z trzech wybierzą rządzący. Przypomnę, pierwszy przewiduje stuprocentową centralizację wszystkich szpitali w Polsce, które prawdopodobnie podlegałyby Ministerstwu Zdrowia, ale możliwe są także inne warianty – przejście szpitali pod nadzór wojewodów, Narodowego Funduszu Zdrowia lub nowej Agencji Rozwoju Szpitali. Druga opcja zakłada tylko

częściową centralizację – minister zdrowia nadzorowałby wszystkie placówki oprócz tych, którymi zarządzają marszałkowie województw, do których przeszłyby też szpitale powiatowe. Podejrzewam, że ten wariant jest tylko po to, żeby zmniejszyć sprzeciw województw. Numer trzy to „zmiana struktury właścicielskiej wyłącznie w powiązaniu z restrukturyzacją długu szpitala”. W tym przypadku wyprzedane lub scentralizowane będą szpitale, które mają długi. Tylko że zadłużone są już niemal wszystkie.

Ostatecznie w każdym z tych wariantów, jeśli szpitale zostaną zlikwidowane, to albo będą sprywatyzowane przez likwidację, albo kompletnie zamknięte, a wówczas nastąpi wyprzedaż nieruchomości. Konsekwencją takiej reformy będzie i tak lawinowa prywatyzacja ochrony zdrowia.

**Skąd takie podejrzenia?**

Wyjaśnię to w nawiązaniu do prezentacji, o której wspominał pan na początku. Na jednym ze slajdów opisana jest struktura właścicielska szpitali publicznych. Szpitale publiczne rozumiane są jako szpitale funkcjonujące w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, instytutów badawczych oraz spółek kapitałowych z większościovym udziałem Skarbu Państwa, jednostek samorządu terytorialnego lub uczelni medycznych. Wyliczono, że jest ich w sumie 575 – właścicielem 44 proc. z nich, czyli 255 podmiotów, jest powiat, 175 – województwo, 46 – miasto na prawach powiatu, 38 – uczelnia medyczna, 21 – Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, 14 – Ministerstwo Zdrowia, 13 – gmina, 13 – Ministerstwo Obrony Narodowej. Co oznaczałaby centralizacja? To, że rząd zarządzałby 255 szpitalami, których do tej pory właścicielem był powiat. Wizja, że rządzący wezmą sobie na głowę te 255 podmiotów, wydaje mi się iluzoryczna, choć oczywiście jest to możliwe. Kiedy pracując w komisji sejmowej, byłam współodpowiedzialna za reformę samorządową, dowiadaliśmy się na przykład, że rząd w PRL zarządzał kinem w Jastrzębiu-Zdroju. Można, prawda? Ale po co i z jakim efektem? Rząd dużego państwa może zajmować się administrowaniem kina w Jastrzębiu i szpitala w Sierpcu, ale ile czasu pozostanie na rządzenie krajem? Dlatego wydaje się, że aby zajmować się leczeniem i na przykład usuwaniem odpadów medycznych w Sierpcu czy w Piekarach Śląskich, będzie musiał powołać nową, olbrzymią administrację rządową do spraw szpitali. Kiedyś już taka była – to model narzucony Polsce po 1945 r. Byłby to powrót do radzieckiego systemu organizacji ochrony zdrowia w państwie autorstwa Nikołaja Siemaszki. Przypomnę, że przeciwiczyliśmy go już „na własnym organizmie” i długość życia była w PRL o osiem lat krótsza niż obecnie, nie licząc czasu pandemii COVID-19, choć oczywiście to tylko jedna z przy-

czyn. Centralizacja szpitali tylko pozornie poprawiłaby ich sytuację. Jest złudna, bo nie potrwa długo.

Na innym slajdzie pokazano zobowiązania ogółem i wymagalne szpitali publicznych na 30 września 2020 r. W przypadku zobowiązań ogółem 34 proc. dotyczy szpitali należących do województwa, 23 proc. – powiatu, 18 proc. – uczelni medycznej, 11 proc. – miasta na prawach powiatu, 9 proc. – Ministerstwa Zdrowia, po 2 proc. Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministerstwa Obrony Narodowej i 1 proc. – gminy. Co do zobowiązań wymagalnych: 34 proc. – województwo, 20 proc. – uczelnia medyczna, 19 proc. – powiat, 15 proc. – miasto na prawach powiatu, 8 proc. – Ministerstwo Zdrowia, 2 proc. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz po 1 proc. – Ministerstwo Obrony Narodowej i gmina.

Rządzący resortem, prezentując te dane, chcieli zapewne pokazać nieudolność zarządzających i przedstawicieli powiatów. Twierdzą, że celem reformy jest odciążenie placówek, ale nie wspominają o tym, o czym powiedzieliśmy wcześniej – orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego, który stwierdził, że zadłużenie nie jest winą samorządu, tylko administracji rządowej. Niestety, w krajach, w których słabnie demokracja, w taki sposób „wydrąży się” samorząd, dezawuuje go. Mówi się: „dajemy ważne zadania – patrzcie, one nie są odpowiednio wykonywane, samorządy sobie nie radzą, musimy interweniować”.

W kontekście zadłużenia interesujący jest dokument „Sytuacja finansowa instytutów badawczych nadzorowanych przez resort zdrowia” opracowany przez Związek Powiatów Polskich. W raporcie przytaczane są wypowiedzi medialne przedstawicieli ministerstwa, z których wynika, że reforma ma skupiać się na odebraniu szpitali powiatom: „W powiatach ciężko o profesjonalizację nadzoru, jeśli starosta zarządza jednym szpitalem. Najlepiej, aby w regionie robił to wojewoda albo marszałek województwa. Profesjonalny nadzór i zarządzanie placówkami są możliwe tylko przy konsolidacji”. Związek Powiatów Polskich podkreśla, że to twierdzenie nie ma poparcia w faktach, zwraca uwagę: „w Ministerstwie Zdrowia funkcjonuje wyspecjalizowana komórka organizacyjna – to jest Departament Nadzoru i Kontroli, która ma sprawować nadzór nad podległymi instytutami badawczymi, a za którą odpowiedzialny jest cytowany wiceminister Gadowski”. Związek Powiatów Polskich wylicza rezultaty tego zarządzania: „W 2019 r. z trzynastu instytutów badawczych nadzorowanych przez ministra zdrowia stratę netto odnotowało jedenaście, a dodatni wynik finansowy na podstawowej działalności operacyjnej nie wykazał żaden, łączna strata netto podmiotów – z uwzględnieniem zysku dwóch instytutów – wyniosła



Franciszek Mazur/AG

**CICHYMI BOHATERAMI SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA  
W NASZEJ RZECZYWISTOŚCI SĄ WŁAŚNIE CI,  
KTÓRZY W SKRAJNIE TRUDNYCH WARUNKACH  
ZARZĄDZAJĄ SZPITALAMI,  
I PRZEDSTAWICIELE SAMORZĄDÓW WŁAŚCICIELSKICH**

122 mln zł i to pomimo otrzymania przez instytuty dotacji w wysokości 75 mln zł, łączna strata instytutów na podstawowej działalności operacyjnej to 212 mln zł, stosunek zobowiązań i rezerw na zobowiązania do aktywów – majątku – instytutów w 2019 r. wyniósł 104,77 proc., jeden z instytutów został postawiony w stan likwidacji z uwagi na złą sytuację ekonomiczną oraz prowadzenie działalności naukowej w bardzo ograniczonym zakresie”.

Na podstawie danych przedstawionych w prezentacji i raporcie Związku Powiatów Polskich można stwierdzić, że jakość zarządzania w szpitalach rządowych jest gorsza. Dlaczego zatem mamy zmieniać polskie szpitalnictwo na gorsze? Wydaje się logiczne, że celem reformy wcale nie jest centralizacja. Stanowi ona jedy-



PAP/Bartłomiej Zborowski

**REFORMY DOTYCZĄCE SZPITALICTWA**

**MUSZĄ BYĆ OPARTE NA MAPACH**

**POTRZEB ZDROWOTNYCH, A TE, JAK WIEMY,**

**SĄ NIEAKTUALNE. JEŚLI PODSTAWA**

**PROCESU DECYZYJNEGO JEST NIEMIARYGODNA,**

**O CZYM SAMI ZARZĄDZAJĄCY MÓWIĄ,**

**TO DECYZJA NIE MOŻE BYĆ PRAWIDŁOWA**

nie etap przejściowy, który – powtórzę – prowadzi do ukrytej jeszcze prywatyzacji. Centralizacja będzie krótkim okresem, a po nim nastąpi wyprzedaż infrastruktury szpitali, które się załamią pod tym podwójnym ciężarem. I wtedy zakres prywatyzacji będzie ogromny. To rozdwojenie jaźni – z jednej strony rząd odżegnuje się od powiększania sektora prywatnego kosztem publicznego, z drugiej efektem jego działań będzie wywłaszczenie samorządów i w efekcie szalejąca prywatyzacja. To skrajnie niekorzystne dla najbiedniejszych obywateli. Dziś w Internecie zbierane są pieniądze na leki stosowane w chorobach rzadkich. Obawiam się, że po zmianach będą organizowane zbiórki na leczenie podstawowe.

Jeden ze slajdów był zatytułowany „Przyczyny realizacji reformy – dlaczego to robimy?”. Wymieniono kilkanaście punktów, między innymi „Pogorszenie sytuacji finansowej szpitali – rosnące zadłużenie szpitali”.

Jak już wyjaśniałam, obecne pogorszenie sytuacji szpitali jest spowodowane niedofinansowaniem. Oczywiście nie wykluczam, że zarządzający w niektórych szpitalach mogą być niegospodarni, ale od tego jest nadzór nad nimi i konkretne prawne formy działania administracji w takim przypadku.

Następny punkt: „Wielowładztwo – nieskoordynowane działania dotyczące tworzenia, funkcjonowania i rozwoju podmiotów leczniczych, brak współpracy i kooperacji, spory kompetencyjne”.

To, że istnieje administracja rządowa i samorządowa, to pozytywny fakt. Tak skonstruowany jest celowo nasz ustrój oparty na zasadzie pomocniczości. Mówienie o wielowładztwie jest więc niewłaściwe.

„Nieskoordynowana opieka nad pacjentem – brak odpowiedniej koordynacji działań między poszczególnymi samorządami powiatowymi i wojewódzkim, służącej zapewnieniu kompleksowości udzielania świadczeń zdrowotnych”.

Koordinację miała zapewnić sieć szpitali. Potrzebne jest więc wyjaśnienie, o którym wspominałam na początku. Samorzady dobrze ze sobą współpracują – wykazali to praktycy podczas posiedzenia senackich Komisji Zdrowia oraz Samorządu Terytorialnego i Polityki Regionalnej w marcu 2021 r.

Kolejne zarzuty to „Utrzymywanie nieefektywnie wykorzystanej bazy, jak również podwyższonej gotowości – generowanie nadmiarowych kosztów działalności” i „Wyniszczająca konkurencja”.

Tego, aby w czasie pandemii COVID-19 szpitale były w podwyższonej gotowości, zażądał minister zdrowia. Oczywiście, że to generuje koszty. Resort może mieć pretensje do siebie. Konkurencja natomiast w tym przypadku nie jest wyniszczająca. Dzięki niej system, który jest na krawędzi, jeszcze funkcjonuje.

„Niedoinwestowanie sektora – z uwagi na skalę potrzebnych nakładów inwestycyjnych, jedynie część świadczeniodawców jest w stanie zapewnić w miejscu udzielania świadczeń szerokie spectrum badań diagnostycznych i wysoki poziom leczenia; opóźnienia we wprowadzaniu nowoczesnych technologii w leczeniu chorób” i „Niewystarczające lub nieadekwatne zasoby systemu do obecnych i przyszłych potrzeb zdrowotnych ludności”.

Powtórzę: konstytucyjnie należne pieniądze nie zostały wypłacone i zainwestowane. Informacja o tym to przyznanie się do błędów.

**CENTRALIZACJA BĘDZIE KRÓTKIM OKRESEM,**

**A PO NIM NASTĄPI WYPRZEDAŻ**

**INFRASTRUKTURY SZPITALI, KTÓRE SIĘ ZAŁAMIA**

**POD TYM PODWÓJNYM CIĘŻAREM.**

**I WTEDY ZAKRES PRYWATYZACJI BĘDZIE OGROMNY**

I jeszcze „Upolitycznienie zarządzania szpitalami, często przekładające się na nieadekwatny poziom kompetencji zarządczych”.

Przeciwnie – to teraz pojawiają się obawy. Zarządzający boją się, że zastąpią ich menedżerowie z nadania politycznego – nie bez podstaw przy zmianie stanu prawnego.

Na slajdzie „Efekty realizacji reformy – co chcemy osiągnąć?” pojawiło się między innymi hasło „Oddłużenia (częściowego) przejmowanych szpitali”.

To sensacyjne stwierdzenie. Bo co ono oznacza? Że gdzieś są na to pieniądze, które w tej chwili są niewykorzystywane. Skąd, od kogo? Przecież oddłużenie, choćby częściowe, kosztowało miliardy złotych. Jeśli gdzieś te pieniądze są, to dlaczego resort nie finansuje odpowiednio szpitali?

Jako pożądany efekt reformy wskazano „Wzmocnienie kadry zarządzającej i popularyzację nowoczesnych systemów, narzędzi i metod zarządzania w ochronie zdrowia, certyfikację umiejętności kadry zarządzającej, a także budowę potencjału kadrowego korpusu restrukturyzacyjnego”.

Czy naprawdę tych przepracowanych menedżerów, cudem utrzymujących szpitale w sytuacji, kiedy mają na przykład połowę pieniędzy, które powinni dostać zgodnie z prawem, trzeba szkolić? To oni mogą prowadzić szkołę przetrwania. Co do „wzmocnienia” – wzmocnienia stabilizacja i pewność przyszłości, a nie utrata pracy.

Jest jeszcze „Wykorzystanie efektu skali – interwencje obejmujące wszystkie podmioty, na przykład wymiana sprzętu, zakupy wspólne”.

Wychwalane 20 lat temu zbiorowe zakupy mają też liczne negatywne skutki – biurokratyzacja zamówień, marnotrawstwo i większe zagrożenie korupcją. Przypomnę, że ostatnie próby generalne masowych zakupów wspólnych dotyczyły maseczek, respiratorów i łóżek szpitalnych. Odpowiedzmy sobie sami, z jakim skutkiem.

„Efektywniejsze wykorzystanie dostępnych zasobów kadrowych (koncentracja)”.

W literaturze przedmiotu jasno wskazano, że centralizacja nie prowadzi do efektywniejszego wykorzystania

dostępnych zasobów kadrowych, a raczej do marnotrawstwa w tym zakresie. Wyjątkiem jest armia i służby ratownicze, w przypadku których centralizacja jest korzystna.

A co pani sądzi o propozycji „Utworzenia profesjonalnego, scentralizowanego systemu nadzoru poprzez powołanie Agencji Rozwoju Szpitali, której zasadniczym celem będzie zapewnienie rozwoju sektora szpitalnictwa oraz wspieranie procesów restrukturyzacji szpitali”?

Nadzór to element decentralizacji, kierownictwo to element centralizacji. Nie ma czegoś takiego jak „scentralizowany system nadzoru” – to po prostu błąd rzeczowy. A profesjonalny nadzór może istnieć już obecnie – proszę bardzo. Wspieranie procesów restrukturyzacji szpitali? Oznacza to raczej oględnie opisaną likwidację ich części.

I na koniec „Koordynacja i optymalizacja wykorzystania bazy materialnej systemu, uporządkowanie struktury świadczeniodawców oraz wprowadzenie mechanizmów stymulujących integrację i koordynację świadczeń szpitalnych”.

Koordynacja i optymalizacja wykorzystania bazy materialnej w tym kontekście będzie oznaczać likwidację samodzielności szpitali jako zakładów administracyjnych i zdalne sterowanie bazą.

Skrytykowała pani profesor wszystko, co zaprezentowano.

Dziwi mnie to, że kierujący resortem w ogóle pokazali tę prezentację. To jakby się „podkładali”, bo przecież ona pokazuje, dlaczego nie warto przeprowadzać tej reformy. Wnioski z prezentacji nie dowodzą, że konieczna jest reforma – przeciwnie. Nie wierzę, że kierownictwo Ministerstwa Zdrowia tego nie dostrzega. Nie wiem, czy premier Mateusz Morawiecki jest świadomy jej skutków.

Jedyną dobrą rzeczą, jaką dostrzegam w tej sytuacji, jest to, że część z nas zda sobie sprawę z dramatu w ochronie zdrowia. Nie widzę niczego dobrego. Przychodzi mi na myśl słowo „niegospodarność”, ale to ścisłe pojęcie prawne, więc powiem o niecelowości i niekonstytucyjności zmian. Poza tym z punktu widzenia osoby z pokolenia, które sporą część życia poświęciło na decentralizację, które widziało, jak wyglądały nasze miasta, nasz system ochrony zdrowia w okresie PRL, przykro mi, że dożyłam czasów, w których taki projekt jest proponowany. To dla mnie rozczarowanie. Nie widzę możliwości poprawy tak sformułowanej propozycji. Dostrzegam zmiany, które zmierzają w poprzek dotychczasowej logiki ustrojowej pomocniczości i decentralizacji. To przykre, prawda?

Rozmawiał Krystian Lurka