

Wydaje się, że do większości z nas coraz szybciej docierają fakty dowodzące niewydolności naszego systemu opieki zdrowotnej, szczególnie w trudnym okresie zmagania się z niespotykanym dotąd problemem epidemiologicznym w postaci koronawirusa. Symptomy tego zjawiska były oczywiście widoczne już od dawna. Wielu ekspertów zwracało na nie uwagę. Pandemia ukazała je w sposób szczególnie bezwzględny, obnażając konsekwencje wieloletnich zaniedbań, niedofinansowania i lekceważenia potrzeb ochrony zdrowia. Są to z pewnością przesłanki wskazujące, że coś się musi zmienić.

Być może to co konieczne stanie się po części możliwe. Pandemia i wywołany nią kryzys epidemiologiczny, gospodarczy i społeczny dają, a przynajmniej powinny dawać asumpt do refleksji i chociażby próby zweryfikowania dotychczasowych poglądów na ustrój i funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w naszym kraju. Być może COVID-19 stanie się swoistym katalizatorem koniecznych zmian. Poruszam kilka kwestii, które w moim przekonaniu powinny stać się ponownie przedmiotem dyskursu publicznego i w konsekwencji szybkich i odważnych decyzji. Nieśmiało próby dyskusji i pewne przedsięwzięcia podjęto już wcześniej.

### Zniesienie limitów świadczeń

Do takich niewątpliwie należy zaliczyć decyzję z początku bieżącego roku o zniesieniu limitowanego dostępu do czterech rodzajów świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej: kardiologii, ortopedii, endokrynologii i neurologii. To wprawdzie dyskusyjna kwestia, bo rozporządzenie dotyczy jedynie tzw. pacjentów pierwszorazowych, czyli po raz pierwszy zgłaszających się do lekarza. Zdaniem wielu specjalistów przy tak znacznych brakach kadrowych, z jakimi boryka się nasza ochrona zdrowia, musi to doprowadzić do wydłużenia kolejek oczekujących na kolejne wizyty, zarówno tych pacjentów, jak i wszystkich pozostałych, czyli wydłużyć proces leczenia. Po drugie zwiększy to i tak bardzo duży popyt na specjalistyczne usługi medyczne, bez realnych możliwości jego zaspokojenia w czasie zgodnym ze standardami leczenia. W obecnych warunkach właściwie trudno z tymi argumentami dyskutować. Można jednak, a być może nawet trzeba, spojrzeć na tę decyzję także z innej perspektywy.

Polska należy do państw odznaczających się swoiście zwicziętą strukturą świadczeń medycznych. Dysponujemy względnie dużą bazą szpitali i przypisanych do



nich łóżek stacjonarnych, które są jednak wykorzystywane w ok. 66–68 proc., i relatywnie niewystarczającą bazą ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych. Ten niekorzystny stan jest konsekwencją m.in. przyjętych zasad finansowania i dystrybucji środków przez NFZ. Płatnik preferował leczenie szpitalne, mimo że jest ono najdroższe. Od dawna zresztą wiedzieli o tym inni, np. Duńczycy, którzy systematycznie ograniczali liczbę szpitali (w 2000 r. 5,5-milionowa Dania miała 78 szpitali dysponujących 42,5 tys. łóżek, w 2020 r. zgodnie z założeniami ma być tylko 20 szpitali z 13 tys. łóżek), przenosząc ciężar opieki zdrowotnej na szeroko rozumianą profilaktykę i świadczenia ambulatoryjne. Innym znamienym przykładem jest Holandia, kraj o populacji liczącej 16,5 mln osób, w którym w 2016 r. było 88 szpitali. Tymczasem na Mazowszu, które zamieszkuje ok. 5,5 mln osób, są 93 placówki. Porównanie to świadczy o przeroście potencjału łóżkowego polskiego systemu. O jakości i sprawności systemów opieki zdrowotnej w obu tych krajach nie trzeba nikogo przekonywać. Być może zatem ta kontestowana decyzja to pierwszy krok na drodze w kierunku pożą-



**COVID-19 STANIE SIĘ**

**SWOISTYM KATALIZATOREM**

**KONIECZNYCH ZMIAN**

danej zmiany struktury udzielanych świadczeń i racjonalizacji publicznej ochrony zdrowia.

Ze zniesieniem limitów wiąże się też kwestia znalezienia odpowiednich sposobów „dyscyplinowania” pacjentów w realizowaniu ustalonych wizyt, a przede wszystkim informowania lekarzy i placówek medycznych o ich odwołaniu. To problem nie tylko naszej ochrony zdrowia, tak publicznej, jak i prywatnej, jednak z uwagi na oczywiste deficyty, głównie kadrowe, nasz system odczuwa go szczególnie dotkliwie. Nieodwołana na czas umówiona konsultacja to strata finansowa dla placówki i lekarza, ale przede wszystkim uniemożliwienie udzielenia pomocy medycznej innemu pacjentowi. Różne systemy próbują radzić sobie z tym problemem w rozmaity sposób – bezpośrednio,

poprzez egzekwowanie opłat (kar) od niesolidnych pacjentów, bądź pośrednio, np. przez podnoszenie stawek ubezpieczeniowych. Ciekawa dyskusja na ten temat, która się u nas zaczęła, padła niestety ofiarą pandemii koronawirusa. Jest to jedna z tych kwestii, do których zdecydowanie warto wrócić po opanowaniu sytuacji epidemicznej w kraju.

### Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego

W moim przekonaniu sprawą o znacznie większym ciężarze gatunkowym mogą być konsekwencje orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego z listopada 2019 r. (sygn. akt. K4117). W stosunku do potencjalnego i faktycznego znaczenia tego wyroku dla systemu ochrony zdrowia rezonans w środowisku nie był duży. Poświęciłem temu zagadnieniu osobny tekst w numerze 1-2/2020 „Menedżera Zdrowia”, dlatego w tym miejscu przypomnę tylko kilka najważniejszych faktów i ich możliwych do przewidzenia następstw.

Orzeczenie Trybunału to w istocie próba postawienia na nogach tego, co do tej pory stało na głowie. Stwierdza ono, że samorządy nie mają obowiązku finansowania i współfinansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Tym samym, mówiąc wprost, został z nich zdjęty także obowiązek finansowania długów i strat bilansowych szpitali. Jest to prerogatywa i odpowiedzialność władzy państwowej. Trybunał stwierdził rzecz w istocie oczywistą, którą konsekwentnie ignorowały dotąd wszystkie ekipy rządzące. W naszych warunkach to państwo ponosi odpowiedzialność za organizację, zasady i finansowanie publicznego systemu opieki zdrowotnej. To bardzo istotna konstatacja, która może mieć daleko idące konsekwencje. Jedną wydaje się szczególnie ważną. Wróciła, wprawdzie jeszcze niezbyt intensywnie, dyskusja o fundamentalnych zasadach finansowania ochrony zdrowia w Polsce, głównie w kontekście ewentualnego powrotu do finansowania budżetowego. Po pokonaniu pandemii koronawirusa ta kwestia z pewnością ponownie stanie się przedmiotem publicznej dyskusji ekspertów i praktyków, o większej nawet niż dotychczas intensywności. Gwoli prawdy należy jednak przypomnieć, że pierwszy asumpt do dyskusji na ten temat dały ubiegłoroczne decyzje rządu dotyczące wynagrodzeń pielęgniarek i lekarzy, narzucone dyrektorom publicznych placówek. Pandemia będzie jednak ważną cezurą dla oceny sprawności podmiotów ochrony zdrowia, a tym samym efektywności ich zarządzania i finansowania.

Można się spodziewać, że argumenty za budżetowym finansowaniem systemu będą się odnosiły z jednej strony do cytowanego orzeczenia Trybunału, z drugiej zaś do ewidentnych niedostatków działania placówek ochrony zdrowia w trudnym okresie walki z koronawirusem. Braki sprzętowe, takie jak niedostatek środków ochrony osobistej, respiratorów, środków dezynfekcyjnych, a także chaos organizacyjny mogą – i pewnie będą – stanowić

Fot. 5x istockphoto.com

**POLSKI SYSTEM  
OPIEKI ZDROWOTNEJ  
PRZY OBECNEJ ORGANIZACJI  
I POZIOMIE FINANSOWANIA  
PRAKTYCZNIE WYCZERPAŁ  
SWOJE MOŻLIWOŚCI**

argument za odejściem od obecnych zasad funkcjonowania systemu. Być może nie tylko w aspekcie sposobów jego finansowania, lecz także fundamentalnych zasad jego organizacji. Rozdrobniona, skomplikowana struktura właścicielska publicznych placówek ochrony zdrowia nie od dziś jest przedmiotem uzasadnionej krytyki. Jeśli w jednym mieście wojewódzkim, takim jak przykładowo Łódź, funkcjonują placówki podległe prezydentowi miasta, marszałkowi województwa, uczelni medycznej, Ministerstwu Zdrowia, Ministerstwu Spraw Wewnętrznych i Administracji i placówki prywatne, a w najbliższym otoczeniu dodatkowo jednostki podległe samorządom lokalnym, to jakkolwiek koordynacja ich działań nie jest po prostu możliwa. Ponadto z uwagi na bardzo często pokrywający się zakres świadczeń, potrzebnego sprzętu i personelu sytuacja ta generuje szkodliwą w tym przypadku konkurencję i zbędne koszty, zarówno na poziomie samych lecznic, jak i w konsekwencji systemu jako całości. Ten stan rzeczy to jedna z głównych przeszkód w reformowaniu funkcjonowania jednostek systemu. W moim przekonaniu konieczny jest m.in. proces łączenia, koncentracji i specjalizacji placówek medycznych. Rozsądnym rozwiązaniem mogłoby być przekazanie wszystkich placówek medycznych, poza branżowymi i należącymi do uczelni medycznych, jednemu gestorowi, np. samorządom wojewódzkim.

### Jak finansować system?

Najprostsza odpowiedź na tak postawione pytanie brzmi: finansować dobrze, na ile to możliwe, jak najbardziej adekwatnie do potrzeb. Taki punkt widzenia sugeruje jednocześnie, że zdecydowanie mniejsze znaczenie dla zaopatrzenia systemu i jego funkcjonowania ma zarówno źródło środków finansowych, jak i ich gestor. W naszych warunkach takie założenie niekoniecznie musi być prawdziwe. Po pierwsze finansowanie



budżetowe wcale nie przesądza, że środków będzie więcej. Ich źródłem i potencjalnym wyznacznikiem ilości i tak będą podatki i poziom PKB. Po drugie, mogą być nawet bardziej niż przy obecnym quasi-systemie składkowym narażone na różnego rodzaju decyzje polityczne, warunkujące ich wielkość. Politycy wszelkich opcji mają szczególną predylekcję do wykorzystywania, a często zmiany dystrybucji środków budżetowych w zależności od bieżących potrzeb politycznych. Zaletą nawet tak niedoskonałego sposobu finansowania ochrony zdrowia, jaki mamy obecnie, jest okoliczność, że przeważająca większość środków to jednak pieniądze publiczne – składkowe, wyraźnie „oznaczone”, przeznaczone na konkretny zakres zadań. Teoretycznie przynajmniej trudniejsze do wykorzystania na inny cel. Taka konstatacja bynajmniej nie oznacza, że musi zostać zachowany dotychczasowy, instytucjonalny (przez jeden NFZ) sposób dystrybucji zgromadzonych środków. Wydaje się, że wprowadzony u początków reformowania ochrony zdrowia system kas chorych był zdecydowanie lepszy. Dowodzi tego przykład Czech, które rozpoczynały reformę swojego systemu równoległe z nami, z tymi samymi założeniami i początkowymi problemami. Czesi prowadzili jednak swoje reformy konsekwentnie do pozytywnego końca w postaci stabilnego, konkurencyjnego systemu kas chorych. Przynajmniej tak ocenia je prawie 80 proc. ich obywateli, wyrażając swoją aprobatę dla działania sektora ochrony zdrowia.

Warto zauważyć, że z kolei włoski system ochrony zdrowia, zmagający się z tak ogromnymi problemami w walce z pandemią koronawirusa, jest w istocie systemem budżetowym. Pieniądze na placówki medyczne pochodzą z budżetów regionalnych wspomaganych budżetem państwa. Nie ma instytucji podobnej do naszego NFZ. Pieniądze dzielą organy władzy regionalnej. W 2012 r. – nowszymi danymi nie dysponuję – Lombardia, która jest najbogatszym regionem, dys-

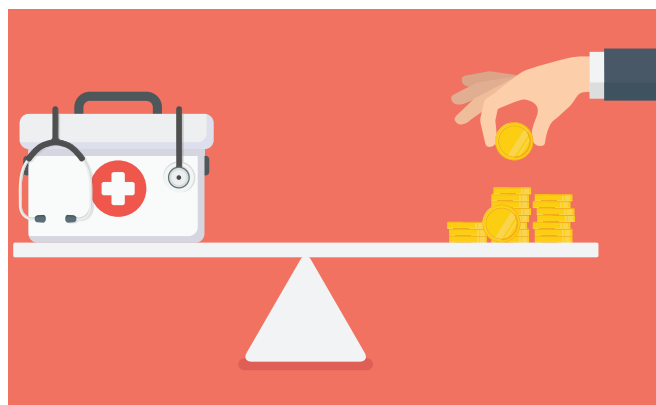
ponowała środkami w przeliczeniu rzędu 40 mld zł na populację ok. 15 mln osób. Cały ówczesny budżet NFZ wynosił ok. 62 mld zł – na 38 mln Polaków. Można przyjąć, że obecnie te proporcje są analogiczne. To pokazuje z jednej strony olbrzymie różnice pomiędzy oboma krajami i skalę naszego niedofinansowania, z drugiej natomiast, że nawet tak duże środki są niewystarczające w ekstremalnych warunkach epidemiologicznych, jeśli nie są spełnione inne warunki, choćby elementarnej dyscypliny społecznej. Ta konstatacja nie stanowi jednak żadnego usprawiedliwienia dla dalszego tolerowania polityki głębokich niedoborów systemu ochrony zdrowia w naszym kraju. Wręcz przeciwnie – powinna skłaniać do zmian. Doświadczenie pandemii powinno, a wręcz musi zmienić politykę finansowania ochrony zdrowia w Polsce, rewidując jednocześnie wiele jej dotychczasowych założeń.

### Co ze składką?

To jedno z fundamentalnych pytań dla przyszłości systemu ochrony zdrowia w Polsce. O ile zakładamy oczywiście utrzymanie dotychczasowego sposobu gromadzenia i dystrybucji środków na tę sferę życia publicznego, czyli system składkowy.

W Polsce zagadnienie wysokości składki zdrowotnej od lat stanowi swoiste tabu. Politycy bez względu na orientację boją się podjąć jakąkolwiek dyskusję na temat ewentualnej zmiany jej wysokości, a mówiąc wprost – jej niezbędnego podwyższenia. Podtrzymują tym samym niebezpieczną iluzję, niewytrzymującą konfrontacji z rzeczywistością, że państwo może zapewnić wszystkim obywatelom pełen zakres usług medycznych na odpowiednim poziomie. O tym, że to niebezpieczny mit, może świadczyć choćby przytaczany przez prof. Cezarego Szczylika fakt, że jedynie 47 ze 102 nowoczesnych terapii lekowych zalecanych przez europejskie towarzystwa medyczne jest dostępnych dla polskich pacjentów. To prosta pochodna ilości pieniędzy w systemie. Ich brak odcina nasz system opieki zdrowotnej, a w konsekwencji pacjentów, od nowoczesnych technologii medycznych, które są wprawdzie drogie, ale też efektywne, a co najważniejsze – dostępne dla innych. Wielu kontestujących zamiar podniesienia składki zdrowotnej być może nie zdaje sobie sprawy, że państwo utrzymując jej niezmienny poziom, a jednocześnie podnosząc nakłady na „zdrowie” bezpośrednio z budżetu, robi to z płaconych przez nas wszystkich innych podatków. Pośrednich, jak VAT lub akcyza, czy bezpośrednich, jak PIT lub CIT. Innej drogi nie ma.

Podniesienie wielkości składki bynajmniej nie musi oznaczać bezpośredniego wzrostu obciążeń pracowników. Dobrym przykładem znowu są Czechy, gdzie składka wynosi 13,5 proc., z czego dwie trzecie kosztów ponosi pracodawca, a jedną trzecią pracownik. Można bez dużego ryzyka powiedzieć, że to rozwiązanie nie wpłynęło negatywnie na czeskich przedsiębiorców,



**W POLSCE ZAGADNIENIE**

**WYSOKOŚCI SKŁADKI ZDROWOTNEJ**

**OD LAT STANOWI SWOISTE TABU.**

**POLITYCY BEZ WZGLĘDU NA ORIENTACJĘ**

**BOJĄ SIĘ PODJĄĆ JAKĄKOLWIEK DYSKUSJĘ**

**NA TEMAT EWENTUALNEJ ZMIANY**

**JEJ WYSOKOŚCI, A MÓWIĄC WPROST –**

**JEJ NIEZBĘDNego PODWYŻSZENIA**

gdyż do momentu pandemii czeska gospodarka miała się zupełnie dobrze. To oczywiście tylko jedna z możliwości zwiększenia ilości pieniędzy w ochronie zdrowia.

### Ubezpieczenia dodatkowe – problem ciągle nierozwiązany

Jeśli zgodzimy się co do stwierdzenia, że nasz system opieki zdrowotnej stanął praktycznie na granicy wydolności, a pandemia jedynie przyspieszyła zachodzące w nim od dawna negatywne procesy, unaoczniając je jednocześnie w bezwzględny sposób, i jeśli uznamy za oczywisty fakt, że jedną z podstawowych przyczyn tego stanu rzeczy jest brak środków, to po raz kolejny musi wrócić do publicznego dyskursu pytanie, dlaczego nie szukamy dodatkowych źródeł pieniędzy na potrzeby systemu. A zatem pytanie o dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne. Podobnie jak w przypadku składki zdrowotnej wszyscy rządzący starają się unikać poważnej analizy i dyskusji nad tą kwestią. Tymczasem według różnych badań Polacy należą do populacji wydających lub prawie najwięcej w Europie. Szacuje się, że jest to ponad jedna trzecia środków przeznaczanych na leczenie i szeroko rozumianą opiekę zdrowotną. Logika i zdrowy rozsądek podpowiadają, że należałoby ten



**PRYWATNE PLACÓWKI,  
JEŚLI CHCĄ KORZYSTAĆ  
Z PUBLICZNYCH PIENIĘDZY,  
MUSZĄ ŚWIADCZYĆ USŁUGI MEDYCZNE  
SPOŁECZNIE POTRZEBNE,  
A NIE TYLKO BARDZO RENTOWNE**

strumień pieniędzy maksymalnie „skanalizować” właśnie poprzez system ubezpieczeń dodatkowych, tworząc zarówno wsparcie dla publicznego systemu ochrony zdrowia, jak i realną możliwość jego uzupełnienia, choćby o dodatkowe zakresy i poziomy świadczeń. Takie rozwiązania, wsparte m.in. ulgami fiskalnymi dla ubezpieczających się, stosowane są w wielu krajach dysponujących znacznie większymi środkami niż my.

### Sektor prywatny – ważny czy nie?

Problem dodatkowych (komercyjnych) ubezpieczeń zdrowotnych można i trzeba rozpatrywać w nieco szerszym kontekście. Także przez pryzmat ciągle niedookreślonej roli prywatnego sektora usług medycznych w całym systemie opieki zdrowotnej. W koniecznej dyskusji „po pandemii” nie da się tego problemu pominąć. Powody są co najmniej dwa.

Po pierwsze, wydaje się, że doświadczenia przynajmniej pierwszych tygodni zmagania z koronawirusem wskazują na relatywnie niewielkie zaangażowanie prywatnych placówek w walkę z tym zagrożeniem. Może

to wynikać z różnych przyczyn: braku odpowiedniego sprzętu ochrony osobistej, braku środków na jego zakup (nie robiono przecież zapasów), ograniczeń kadrowych. W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej większość lekarzy to jednocześnie pracownicy placówek publicznych, które angażowały ich do maksimum w walce z pandemią. Niejasne były również zasady finansowych rekompensat za wysiłek włożony w zwalczanie wirusa. Nie zmienia to jednak faktu, że dystans sektora prywatnego do otoczenia był widoczny. W takich okolicznościach np. brytyjski rząd podjął decyzję o administracyjnym podporządkowaniu prywatnych placówek ministrowi zdrowia. To doświadczenie powinno stanowić wskazówkę do przygotowania odpowiednich regulacji na przyszłość.

Po drugie, w naszych warunkach niektóre obszary opieki zdrowotnej są już praktycznie poza publicznym systemem ochrony zdrowia. Dotyczy to ponad 90 proc. jednostek podstawowej opieki zdrowotnej, 80 proc. przychodni specjalistycznych, prawie całej stomatologii. Już ok. 13 proc. zabiegów chirurgicznych dokonywanych jest w placówkach prywatnych. Im bardziej niewydolna jest publiczna ochrona zdrowia, tym więcej zakresów świadczeń przenosi się do sektora niepublicznego. W istocie wydaje się, że wobec cytowanych wielkości prywatne placówki medyczne zagwarantowały sobie trwałe miejsce w systemie, jednak ich rola, zakres wykonywanych świadczeń, a przede wszystkim zasady finansowania ciągle wywołują wiele kontrowersji.

W konsekwencji trzeba sobie w końcu postawić pytanie o przyszłość, rolę i sposoby finansowania prywatnego sektora usług medycznych w naszym kraju. Wydaje się, że absolutnie fundamentalne pytanie, na które trzeba będzie znaleźć odpowiedź, brzmi: do czego zobowiązane są prywatne placówki korzystające z publicznych pieniędzy i czy w ogóle wszystkie powinny mieć do nich dostęp? Wielu dyrektorów publicznych placówek, szczególnie szpitali, zgodzi się z twierdzeniem, że dostęp do publicznych środków (tych, którymi dziś dysponuje NFZ) powinien się wiązać z jednakowymi obowiązkami wobec pacjentów. Prywatne placówki, jeśli chcą korzystać z publicznych pieniędzy, muszą świadczyć usługi medyczne społecznie potrzebne, a nie tylko bardzo rentowne. Jeśli nie, to powinny być finansowane z pieniędzy pacjentów, niekoniecznie wyjmowanych bezpośrednio z portfela, ale raczej wypłacanych z polisy ubezpieczeniowej. Na marginesie warto ponownie odwołać się do przykładu Czech, gdzie praktycznie nie funkcjonują prywatne gabinety lekarskie i nawet stomatologia jest finansowane przez kasy chorych.

### System się wyczerpał?

Wydaje się, że istniejący stan rzeczy upoważnia do stwierdzenia, że polski system opieki zdrowotnej przy obecnej organizacji i poziomie finansowania praktycznie wyczerpał swoje możliwości. Konieczne są zmiany, na



które społeczeństwo prawdopodobnie nie jest gotowe, a z różnych badań wynika, że ich nie chce. Doświadczenia obywateli są negatywne. Każda zmiana w ochronie zdrowia powodowała najpierw chaos i brak pewności, żadna nie była do końca udana. To duży problem dla decydentów podejmujących ewentualnie takie wyzwanie.

Jeśli jednak przyjąć, że zmiany są konieczne (co oczywiste), to niezwykle ważny jest czas. Po pierwsze – czas wyznaczający horyzont znaczącego wzrostu nakładów. I jest go relatywnie bardzo mało. Zawarty w ubiegłym roku między politykami różnych opcji „Pakt dla zdrowia 2030”, o ile ktoś jeszcze traktuje ten dokument poważnie, zakładał osiągnięcie w roku docelowym wydatków na ochronę zdrowia rządu 7 proc. PKB. Wydaje się, że w obecnych warunkach to absolutne minimum, ale na dziś, a nie w perspektywie kolejnych 10 lat. Na marginesie warto przypomnieć, że do wybuchu pandemii tempo wzrostu światowych nakładów na ochronę zdrowia wynosiło blisko 5 proc. rocznie. Ich szacowana wielkość w 2024 r. miała się zbliżyć do 1 biliona USD. Po drugie – czas konieczny na szybkie odpowiedzi na sygnalizowane powyżej problemy i na dokonanie niezbędnych zmian strukturalnych w systemie opieki zdrowotnej. Dotyczy to relacji właścicielskich placówek, sposobów dystrybucji zasilających je środków finansowych, pożądanej struktury udzielanych świadczeń, zapewnienia dopływu i utrzymania niezbędnych kadr. Jedną z fundamentalnych kwestii jest określenie, jakim wymogom i w jaki sposób mają odpowiadać publiczne placówki ochrony zdrowia. Czy ich głównym zadaniem jest leczenie pacjentów i dbanie o dobrostan obywateli czy bilansowanie działalności? Czy można te dwie funkcje pogodzić, a jeśli nie, to która ma priorytet? Czy

**W AMBULATORYJNEJ**

**OPIECE SPECJALISTYCZNEJ**

**WIĘKSZOŚĆ LEKARZY TO JEDNOCZEŚNIE**

**PRACOWNICY PLACÓWEK PUBLICZNYCH,**

**KTÓRE ANGAŻOWAŁY ICH DO MAKSYMUM**

**W WALCE Z PANDEMIĄ**

hybryda organizacyjno-prawna w postaci publicznego SPZOZ to faktycznie przyszłościowa formuła działania publicznych placówek? Z pełną świadomością stawiam tezę, że rozwiązania tych i niewymienionych tu problemów związanych z funkcjonowaniem naszego systemu ochrony zdrowia nie należy szukać na kolejnych wielomiesięcznych konferencjach typu „Razem dla Zdrowia”. To nieefektywna ścieżka. O brakach systemu wiemy już chyba wszystko. Może lepiej rozejrzeć się wokół, przeanalizować doświadczenia tych, którym się udało, i próbować korzystać z dobrych przykładów.

Na koniec ostatnia uwaga. Koniecznej zmianie potrzebny będzie lider dający jej „twarz”, a jednocześnie posiadający siłę pokonywania nieuniknionych trudności i umiejący przekonać, że wierzy w powodzenie podjętego działania. Z doświadczenia wynika, że z pewnością nie może to być żaden resortowy minister. To podstawy zarządzania zmianą na każdym poziomie kierowania i jeden z największych problemów do rozwiązania. Ryzyko niepowodzenia jest duże.

*dr Mariusz Jędrzejczak*