

Czy to na pewno przez brak pieniędzy?

PAWEŁ MIERZEJEWSKI

Nikt, kto pracuje w szpitalu, nie ma wątpliwości, że sytuacja jest zła – w ostatnich 2 latach system ochrony zdrowia się załamał, czego efektem są między innymi dziesiątki tysięcy nadmiarowych zgonów rocznie. Poza tym wydłużyły się kolejki, zmniejszyła dostępność badań wysokospecjalistycznych, zamykały i zamykają się kolejne oddziały. Szpitale stały się niewydolnymi organizacjami, borykającymi się z ogromnymi problemami kadrowymi. Zbiurokratyzowana do granic możliwości organizacja pracy, pomieszanie roli lekarza i urzędnika zbiera swoje żniwo – praca w szpitalu jest dla wielu ostatecznością. Młodzi lekarze pracują w szpitalu, bo muszą – jest to obowiązkowy element kształcenia, ale zamiast się kształcić często łatają dziury niewydolnego systemu. W związku z tym wielu z nich myśli o wyjeździe albo pracy w sektorze niepublicznym. Protesty medyków, w tym organizacja „białego miasteczka”, nic nie dały i wygląda na to, że... nic nie dało się zrobić. Winne mają być pieniądze, a właściwie ich brak – ale czy na pewno?

Od kilkudziesięciu lat szpitale są permanentnie restrukturyzowane, a restrukturyzacja staje się celem samym w sobie. Nie chodzi o żadne wyniki, ale o to, żeby móc się wykazać restrukturyzacją. Brak koncepcji działania szpitali, brak planów strategicznych, brak wizji prowadzi do działań na ślepo, często podyktowanych interesem politycznym. Wyniki takiego podejścia obserwujemy zarówno w skali makro, jak i mikro. Celem jest przetrwanie, gaszenie pożarów, pozostanie w strefie komfortu.

Wydaje się, że kolejna reforma szpitali przygotowana przez wiceministra zdrowia Sławomira Gadomskiego wychodzi naprzeciw katastrofie szpitalnictwa. Chodzi o to, żeby porażkę przekuć w sukces. Skoro szpitale upadają, to niech upadają w imię reformy, bo przecież szpitale mamy za dużo, dublują swoje usługi, konkurują o kadre. Celem reformy jest zrobienie porządku z niepotrzebnymi, deficytowymi szpitalami i oddziałami, a to się w sumie robi samo...

W informacjach o przyczynach i potrzebie wprowadzenia rozwiązań planowanych w projekcie ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa czytamy: „Wyodrębnianie w ramach wprowadzonego systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń



Fot. istockphoto.com

opieki zdrowotnej, zwanego dalej PSZ, 6 poziomów zabezpieczenia szpitalnego oparte było na skomplikowanych i mało przejrzystych kryteriach, nie niosąc istotnej wartości dodanej”. I to jest jedyna przesłanka, z którą mogą się w pełni zgodzić. Jak już kiedyś pisałem – planowana reforma jest efektem fiaska poprzedniej, wpisuje się też w filozofię permanentnej restrukturyzacji.

Zgodnie z projektem nowa ustawa przewiduje osiągnięcie efektów na kilku płaszczyznach.

Po pierwsze – utworzenie Agencji Rozwoju Szpitalnictwa (ARS). Instytucja ta będzie odpowiedzialna za inicjowanie, wspieranie i monitorowanie procesów naprawczo-rozwojowych, czyli de facto będzie to takie biuro polityczne nadzorujące szpitale. Agencja skupi najświatlejsze umysły, które rozwiążą wszystkie problemy szpitali. To, czego nie udało się Ministerstwu Zdrowia, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Narodowemu Funduszu Zdrowia, zrobić wreszcie ARS? Trzeba przyznać, prawdziwie napoleoński plan.

Po drugie – zmiany w zakresie PSZ. Zmieni się sposób kwalifikacji do PSZ, pojawią się minimalne wymagania ilościowe dla usług zabiegowych, planowana jest rezygnacja z poziomów szpitali, łatwiejsze kontraktowanie dodatkowych świadczeń. Jak od tego ma się cokolwiek poprawić, trudno wywnioskować.

Po trzecie – poprawa sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali poprzez restrukturyzację zadłużenia. Kluczem do sukcesu ma być przypisanie szpitalom kategorii od A – dobra sytuacja ekonomiczna – do D – konieczne pilne działania naprawcze. W jakiś magiczny sposób szpitale z kategorii D będą się stawały szpitalami kategorii A albo po prostu będą likwidowane, co chyba już się samo zaczęło dziać.

Podsumowując – planowana reforma będzie skutkowałą dalszą rozbudową aparatu urzędniczego, jeszcze większą biurokracją i technokracją, jeszcze bardziej niejasnymi regułami zarządzania szpitalami, no i oczywiście rosnącymi kosztami. Cieszy się pewnie sektor prywatny, bez którego już teraz ochrona zdrowia nie mogłaby funkcjonować. Wystarczy podać przykład stomatologii lub psychiatrii.

Paweł Mierzejewski, były zastępca dyrektora Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie