

# Przyczyna katastrofy w szpitalach

MARCIN PAKULSKI



Fot. iStockphoto.com

Nie sposób się nie zgodzić, że szpitale w Polsce są w katastrofalnej sytuacji, zwłaszcza po roku walki z pandemią. Ogólna diagnoza zapisana w założeniach nie budzi wątpliwości. Problemem są błędne tezy zawarte w dokumencie ministerialnym, tłumaczące przyczyny takiego stanu rzeczy.

## Fałszywe tezy

Ministerstwo Zdrowia za główną przyczynę złej kondycji szpitali uznaje „wielowładztwo”, czyli sytuację, w której szpitale mają różne podmioty tworzące. Jest to bardzo dziwny argument. Dziwny i fałszywy. Wystarczy bowiem przytoczyć przykład samorządów wojewódzkich, choćby śląskiego i łódzkiego, które są właścicielami kilkudziesięciu szpitali i mimo to nie widać pozytywnych efektów takiego „monowładztwa”. Jaką zatem mamy gwarancję, że wymiana wielu właścicieli na jednego przyniesie poprawę? Odpowiem od razu: żadnej.

Kolejną przyczyną kryzysu szpitalnictwa jest według urzędników „nieuzasadniona konkurencja pomiędzy tymi jednostkami o pacjentów, personel medyczny oraz zasoby materialne”. Niby prawda, ale jak się to ma do oceny potrzeb zdrowotnych? Rozwinięcie tej myśli jest jeszcze bardziej zdumiewające. Otóż autorzy dokumentu twierdzą, że ta konkurencja powoduje wzrost kosztów zatrudnienia, które sięgają 60 proc. kosztów ogólnych. Powiem więcej – znam szpitale, w których te koszty stanowią i 80 proc. Ale

czy przypadkiem to nie kwestia zbyt małych przychodów i marż wynikających z długo nieaktualizowanych wycen świadczeń zdrowotnych przez NFZ? Ciekawi mnie, co autorzy w związku z tym by zrobili. Obniżyli wynagrodzenia medyków? Absurdalność takiego założenia pokazuje sytuacja szpitala dziecięcego w Krakowie, w którym wypowiedzenia złożyła większość lekarzy, między innymi z powodu zbyt niskich wynagrodzeń. To odwoływanie się do poprzedniego systemu, dla przypomnienia – socjalistycznego, w którym obowiązywały nakazy pracy. Nie ma nakazów pracy, a medycy w obecnych czasach mają wybór. Nawet nie chodzi o to, że wyemigrują, ale po prostu część z nich zrezygnuje z pracy w systemie publicznym. Teza ta jest fałszywa również dlatego, że nie uwzględnia zjawiska, które ja nazywam paradoksem szeroko otwartych drzwi i wąskich korytarzy. Należy to rozumieć w ten sposób, że paradoksalnie skoncentrowanie zasobów w jednym miejscu wcale nie musi przynosić poprawy, bo poza pieniędzmi i personelem ważna jest również pojemność infrastruktury. W dalszej części dokumentu autorzy odwołują się co prawda do map potrzeb zdrowotnych, ale jest to niejako sprzeczne z wcześniejszymi тезami.

Autorzy dokumentu przedstawiają również swój pomysł naprawy systemu leczenia szpitalnego. Ma ona polegać na powołaniu kolejnej agencji pod nazwą Agencja Rozwoju Szpitali, która będzie jako swoisty nadzorca prowadziła restrukturyzację podmiotów

medycznych, inwestycje i certyfikacje kadry zarządzającej szpitalami.

Pierwsze pytanie, jakie przychodzi mi do głowy, to jak będzie wyglądał taki przykładowy plan naprawy. Z czego ma wynikać lepszy wynik finansowy? Dla przypomnienia – inflacja sięga 8 proc., jest zapowiedź drastycznych podwyżek cen paliw i energii, a personel medyczny protestuje z powodu zbyt niskich wynagrodzeń.

Podsumowując – uważam, że tezy mające tłumaczyć złą sytuację szpitali w Polsce są fałszywe, w związku z czym planowane działania nie przyniosą spodziewanej poprawy. Obawiam się, że w niektórych sytuacjach doprowadzą do poważnych ograniczeń dostępu do świadczeń zdrowotnych.

### Zbyt wąskie spojrzenie

Wydaje się, że Ministerstwo Zdrowia nie przeprowadziło analizy konsekwencji likwidowania oddziałów szpitalnych czy też całych szpitali, skupiając się jedynie na aspekcie ekonomicznym. A może jednak przeprowadziło, wychodząc z założenia, że na więcej nas nie stać, i dąży do ustabilizowania systemu opieki zdrowotnej choćby na niższym poziomie?

Od czasu do czasu w dyskusji publicznej pada argument, że szpitali jest zbyt dużo. Na łamach „Menedżera Zdrowia” omawiana była kwestia hospitalizacji, których można by uniknąć, realizując świadczenia w trybie ambulatoryjnym. I wydaje się, że tego zagadnienia autorzy dokumentu nie zgłębili. Jeżeli chcemy przesunąć dużą liczbę pacjentów do diagnostyki i leczenia w trybie ambulatoryjnym, to gdzie i do kogo? System opieki zdrowotnej w Polsce wymaga gruntownego przemyślenia i przebudowy.

Ta przebudowa powinna uwzględniać aktualną sytuację. Po pierwsze – nie da się zaprojektować reformy opartej tylko na założeniu obniżenia kosztów pracy. Po drugie – bez istotnego zwiększenia nakładów na zdrowie, bieżących i inwestycyjnych, stabilizacja systemu musi oznaczać drastyczne ograniczenie dostępu do świadczeń, czyli nie wszyscy wyzdrowieją. Po trzecie – nie da się reformować szpitali bez radykalnych zmian w konstrukcji i sposobie funkcjonowania diagnostyki i leczenia ambulatoryjnego. Po czwarte – takich zmian nie wprowadzi się skutecznie, pomijając opinie ekspertów.

Podstawowy błąd założenia zapowiadanej ustawy wynika ze zbyt wąskiego spojrzenia na problemy systemu opieki zdrowotnej. Nie da się zmienić tylko jednego obszaru jego funkcjonowania, ignorując inne. Wydaje się, że nie wyciągnięto żadnych wniosków z poprzednich reform, nie tak dawno przecież wprowadzono tzw. sieć szpitali czy reformę systemu ratownictwa medycznego. Ani jedna, ani druga nie spełniła oczekiwań. Dlaczego tamte reformy zawiodły? To klu-

” Tezy mające tłumaczyć złą sytuację szpitali w Polsce są fałszywe, w związku z czym planowane działania nie przyniosą spodziewanej poprawy. Obawiam się, że w niektórych sytuacjach doprowadzą do poważnych ograniczeń dostępu do świadczeń zdrowotnych ”



Fot. Adobe Stock

czowe pytanie, które powinno poprzedzić wprowadzanie kolejnych zmian. Inaczej kilka lat i kilkadziesiąt miliardów później będziemy znowu świadkami dyskusji o potrzebie reformy systemu ochrony zdrowia.

Tak zaprojektowane działania restrukturyzacyjne nie uzdrowią szpitali. Widać to zwłaszcza w kontekście lawinowego wzrostu kosztów funkcjonowania podmiotów w 2022 r. wynikającego z gigantycznych podwyżek cen gazu i energii, ale także zapowiadanej przez prezesa NBP dwucyfrowej inflacji. Na tym tle koszty wynagrodzeń będą istotnym, lecz nie największym problemem. To co jest bardzo precyzyjnie w ustawie zaplanowane i wyliczone, to funkcjonowanie samej agencji. Z projektu może wynikać, że koszt ten będzie wynosił ok. 100 mln zł rocznie.

Marcin Pakulski, były prezes Narodowego Funduszu Zdrowia