

W Ministerstwie Zdrowia wydarzyło się – przynajmniej z pozoru – coś przełomowego. Konferencja prasowa, kamery, mikrofony, kilkadziesiąt zapowiedzi. Limity wynagrodzeń, e-kolejki, kontrole, jawność konkursów, zgody na dodatkową pracę, sankcje, nowe obowiązki, nowe narzędzia. Słowem: będzie się działo.

Pytanie tylko, czy tam, gdzie od lat naprawdę tkwi problem.

Kto od kilkunastu lat śledzi kondycję polskich szpitali mógł w trakcie tej konferencji doświadczyć osobliwego *déjà vu*. Znów rozmawiamy o skutkach. Znów porządkujemy objawy. A choroba, jak leżała nietknięta, tak leży.

Od miesięcy słyszymy przecież to samo: system jest niedofinansowany, wyceny wielu podstawowych świadczeń nie pokrywają kosztów ich wykonania, szpitale dokładają do własnej pracy. Utrzymują oddziały nie dlatego, że to się opłaca, tylko dlatego, że mieszkaniac powiatu z zawałem, udarem czy ciężkim urazem musi mieć gdzie trafić. Podobnie jak rodząca kobieta.

I co usłyszeliśmy na konferencji? Że problemem są głównie wynagrodzenia.

W tej narracji to płace grają główną rolę w opowieści o kryzysie ochrony zdrowia. To one mają tłumaczyć fatalną sytuację finansową szpitali i to wokół nich zbudowano większość proponowanych rozwiązań. I trzeba uczciwie przyznać: coś jest na rzeczy. W systemie rzeczywiście zdarzają się kontrakty budzące społeczne emocje, a patologii, które ujrzały światło dzienne, nie sposób bronić. Tyle tylko, że to czubek góry lodowej.

Najbardziej uderzyło mnie jednak coś innego. Przez kilkadziesiąt minut konferencji raz po raz padały słowa: kontrola, limit, obowiązek, sankcja, transparentność, zgoda, ewidencja, nadzór. Znacznie rzadziej – organizacja systemu. A przecież to o nią od lat toczy się prawdziwy spór.

Jak powinny wyglądać zadania poszczególnych poziomów szpitali? Jak zorganizować współpracę między POZ, ambulatoryjną opieką specjalistyczną i lecnictwem szpitalnym? Jak finansować podstawowe oddziały – internistyczne, chirurgiczne, pediatryczne, ginekologiczno-położnicze – które są fundamentem bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców powiatów? Wreszcie: jak przerwać sytuację, w której szpital zarabia na jednej procedurze, a do pięciu kolejnych musi dopłacać?

Na żadne z tych pytań odpowiedzi nie padły.

Padła za to zapowiedź, że lekarz będzie musiał uzyskać zgodę podstawowego pracodawcy na dodatkową pracę. Brzmi porządkująco. Tylko czy w powiecie, w którym od lat brakuje specjalistów, od samego obowiązku przybędzie lekarzy? Czy chirurg, którego dziś nie ma, zmaterializuje się dzięki nowemu przepisowi? Czy anestezjolog zacznie dyżurować bliżej domu, bo zmienił się formularz zatrudnienia? Rynek pracy nie działa w rytm konferencji prasowych – choć przyznaję, byłoby wygodnie, gdyby działał.

Jeszcze ciekawiej robi się przy limicie wynagrodzeń. Jeśli problemem rzeczywiście są jednostkowe, bardzo wysokie kontrakty – proszę bardzo, warto je uporządkować. Ale czy to naprawdę tylko one sprawiają, że ponad dziewięć na dziesięć szpitali prowadzi działalność podstawową ze stratą? Czy to internista na oddziale wewnętrznym generuje wielomilionowe koszty? Czy pediatra w małym szpitalu powiatowym jest przyczyną zadłużenia? A może problem leży jednak nieco głębiej: w tym, że

finansowanie podstawowych świadczeń od lat nie nadąża za kosztami ich realizacji?

Warto w tym miejscu przypomnieć, że środowisko powiatowe od dawna ma na stole własną propozycję. I nie sprowadza się ona ani do kolejnych ograniczeń, ani do szukania kolejnego winnego. Jej istotą jest przebudowa organizacji opieki zdrowotnej wokół pacjenta. Lokalne Centra Zdrowia – oparte na współpracy POZ, AOS, szpitali i opieki długoterminowej (*pisaliśmy o tym [TUTAJ](#) – przyp. red.*) – nie powstały w reakcji na ostatnie doniesienia medialne. To koncepcja rozwijana od miesięcy, jako odpowiedź na problemy, które dziś widzą już wszyscy.

Owszem, na konferencji padły zapowiedzi dotyczące powiatowych centrów zdrowia. Ktoś mógłby pomyśleć: przecież to niemal to samo. Otóż nie. Zbieżność nazw jest myląca – ministerialna koncepcja w żadnym zakresie nie jest tożsama z lokalnymi centrami zdrowia, o których mówimy od dawna.

Żeby było jasne – dostrzegam w zapowiedziach Ministerstwa elementy pozytywne: większą transparentność, próbę uporządkowania rynku pracy, cyfryzację procesu udzielania świadczeń. To kierunki w wielu obszarach zbieżne z postulatami zgłaszanymi przez środowisko powiatowe.

A jednak to, co usłyszeliśmy, budzi znacznie więcej obaw niż nadziei. Historia polskiej ochrony zdrowia pięknych nazw zna aż nadto. Sieci. Mapy. Pilotáže. Programy. Pakiety. Strategie. Każda miała być początkiem wielkiej zmiany. Po każdej został głównie segregator.

Tymczasem szpitale powiatowe robią swoje. Przyjmują pacjentów przez całą dobę, utrzymują oddziały, które z ekonomicznego punktu widzenia nie mają prawa się bilansować, i pozostają pierwszym miejscem, do którego trafia mieszkaniec powiatu w sytuacji zagrożenia życia. Nie dlatego, że to się opłaca. Dlatego, że ktoś tę pracę po prostu musi wykonać.

Może właśnie stąd ten niedosyt po konferencji. Nie dlatego, że zabrakło propozycji – tych było aż w nadmiarze. Zabrakło odpowiedzi na pytanie najważniejsze. Nie jak system kontrolować, nie jak go rozliczać, nie jak ciąć koszty. Ale jak go na nowo zbudować.

Bo jeśli kolejną reformę sprowadzimy do tego, kto, gdzie i za ile może pracować, to za kilka miesięcy spotkamy się na kolejnej konferencji. Znów będą kamery, znów padną słowa o transparentności, limitach i kontrolach. A mieszkańcy powiatów wciąż będą zadawać to samo, niezmiennie pytanie: czy mój szpital będzie istniał także jutro?