

Państwo polskie nie zamyka szpitali powiatowych. Państwo jest przecież przywiązane do dostępności świadczeń, bezpieczeństwa pacjentów i równomiernego rozwoju kraju.

Państwo tworzy jedynie takie warunki prawne, finansowe i kadrowe, w których mały, powiatowy szpital może całkowicie dobrowolnie przestać istnieć.

To rozwiązanie nieporównanie bardziej eleganckie. Nie trzeba podejmować politycznie niewygodnej decyzji. Nie trzeba tłumaczyć mieszkańcom, dlaczego znikają interna, chirurgia, pediatria i położnictwo. Nie trzeba nawet używać brzydkiego słowa "likwidacja".

Wystarczy restrukturyzować, optymalizować, racjonalizować i transformować. A potem cierpliwie poczekać, aż ostatni dyrektor nie ułoży grafiku, ostatni samorząd nie pokryje straty, a ostatni lekarz wybierze pracę tam, gdzie zatrudnienie nie wymaga przejścia administracyjnego toru przeszkód.

Najpierw trzeba stworzyć problem

Szpital powiatowy powinien zabezpieczać cztery oddziały: choroby wewnętrzne, chirurgię ogólną, pediatrię oraz ginekologię i położnictwo – tam, gdzie uzasadniają to lokalne potrzeby.

To nie jest medycyna widowiskowa. Interna nie ma dobrego PR-u. Zapalenie płuc u osiemdziesięciolatka nie brzmi tak efektownie jak operacja z użyciem robota. Nocny dyżur pediatryczny nie nadaje się na konferencję prasową.

To jednak właśnie te oddziały tworzą lokalne bezpieczeństwo zdrowotne. I mają tylko jedną wadę, tj. od lat są finansowane w sposób, który nie pokrywa kosztów ich funkcjonowania.

Każdy racjonalny system zacząłby od poprawienia wycen. Nasz jest ambitniejszy. Najpierw finansuje podstawowe świadczenia poniżej kosztów, a potem pyta dyrektora, dlaczego szpital przynosi straty. To tak, jakby kazać piekarzowi sprzedawać chleb po trzy złote, gdy wypiek kosztuje pięć, a następnie przysłać do niego kontrolę w sprawie niepokojąco niskiej rentowności piekarni.

Kiedy strata się pojawi, odpowiedzialność zgrabnie przesuwają na powiat. Państwo ustala wyceny, zasady kontraktowania i wynagradzania personelu – ale to starosta ma wyjaśnić mieszkańcom, dlaczego brakuje pieniędzy.

Bardzo wygodny podział kompetencji. Centrum decyduje, teren odpowiada.

Potem trzeba "ograniczyć" wynagrodzenia

Ponieważ koszty personelu rosną, Ministerstwo Zdrowia przygotowało regulację, która ma ograniczyć nadmierne wynagrodzenia. Sam kierunek jest słuszny, bo publiczny system nie może być zakładnikiem stawek oderwanych od jego możliwości.

Diabeł, jak zwykle, zamieszkał w projekcie.

Proponowane stawki maksymalne są tak wysokie, że zamiast sufitu mogą stać się drogowskazem. Lekarz zarabiający dziś mniej otrzyma od państwa oficjalną informację, ile mógłby zarabiać. Dyrektor otrzyma

obowiązek prowadzenia racjonalnej polityki płacowej – najlepiej po zaakceptowaniu nowego punktu odniesienia przez cały personel.

W ten sposób ustawa ograniczająca wynagrodzenia może je podnieść. Gaszenie pożaru benzyną – ale benzyną starannie opisaną w Ocenie Skutków Regulacji.

Do tego dochodzą limity czasu pracy, minimalny wymiar zatrudnienia i zgody na pracę dodatkową.

W Warszawie może się wydawać, że jeśli lekarz nie będzie mógł pracować w trzech miejscach, to w każdym z nich pojawi się po prostu inny lekarz. W powiecie sprawa wygląda mniej optymistycznie. Tam ten sam anestezjolog, chirurg czy pediatra zabezpiecza kilka placówek, ponieważ jego dwóch zmienników nie ma nie tylko na oddziale. Nie ma ich w całym powiecie.

Ustawa nie rozmnaża lekarzy. Rozmnaża formularze dotyczące lekarzy, których nie ma.

Jeżeli specjalista nie będzie mógł pracować w dotychczasowym wymiarze, jego następcą nie zmaterializuje się w grafiku. Zmaterializuje się luka. Potem zniknie część dyżurów. Potem zostanie zawieszony oddział. A na końcu ktoś z ministerstwa wyjaśni, że to była autonomiczna decyzja kierownika podmiotu leczniczego.

Pełna autonomia. Zwłaszcza w wyborze sposobu, w jaki szpital przestanie działać.

Następnie trzeba policzyć niepoliczalne

Jeden z ostatnich projektów aktów prawnych forsowanych przez resort zdrowia przewiduje szczegółowe opisywanie liczby i rodzaju zadań personelu medycznego.

Pomysł niezwykle pociągający dla każdego, kto uważa, że pracę internisty planuje się podobnie jak liczbę śrub montowanych na jednej zmianie.

Pozostaje tylko ustalić, ile zadań lekarz wykona w przyszły wtorek między czternastą a osiemnastą. Ilu pacjentów przyjdzie w stanie ciężkim? U ilu nastąpi nagle pogorszenie? Ile konsultacji będzie wymagało natychmiastowej interwencji? Ile minut przewidzieć na reanimację?

Pacjenci mają, niestety, irytujący nawyk chorowania bez uprzedniego uzgodnienia z działem kadr.

Jeszcze bardziej imponujący jest pomysł objęcia obowiązkami informacyjnymi wszystkich osób wykonujących zawody medyczne – również tych, których wynagrodzenia nigdy nie zbliżą się do ustawowego limitu.

Działy kadr będą więc gromadzić oświadczenia, analizować dodatki i weryfikować dane z innych miejsc zatrudnienia (tylko jak?). Pacjent niekoniecznie zostanie przyjęty szybciej, ale informacja o wzroście dodatku stażowego pielęgniarki pracującej w drugim podmiocie zostanie należycie przetworzona.

A przecież po to właśnie istnieją szpitale.

Dyrektor ma przy tym odpowiadać za przekroczenie limitów, choć nie wskazano, który pracodawca

powinien obniżyć wynagrodzenie ani co zrobić, gdy pracownik poda nieprawdziwe dane.

Konstrukcja niemal doskonała: państwo tworzy niejasny obowiązek, nie daje narzędzi do jego wykonania, a następnie przewiduje sankcję za wykonanie niewłaściwe.

Na wdrożenie całej operacji proponuje się czternaście dni *vacatio legis*.

Czternaście dni na zmianę regulaminów, renegocjowanie umów, przeprowadzenie konkursów, zebranie oświadczeń, przebudowę polityki wynagrodzeń i zabezpieczenie dyżurów. Ogrom czasu. Bóg stworzył świat w sześć dni, więc administracja szpitala powiatowego powinna w czternaście spokojnie przebudować cały system zatrudnienia.

Zwłaszcza że Bóg nie musiał uzgadniać harmonogramu z NFZ.

Dla pewności trzeba zbudować kolejny system

Polska ochrona zdrowia cierpi na niedobór lekarzy, pielęgniarek, pieniędzy i stabilności. Nie cierpi na niedobór pomysłów na nowe rejestry.

Zamiast wykorzystać istniejący Centralny Rejestr Umów, proponuje się kolejną aplikację do publikowania informacji o konkursach i umowach. Zakres danych może być przy tym tak ograniczony, że trudno będzie ustalić przedmiot umowy, czas jej obowiązywania czy jednoznacznie zidentyfikować wykonawcę.

Powstanie zatem system, który będzie wymagał obsługi, finansowania i raportowania, ale niekoniecznie dostarczy pełnej i porównywalnej informacji.

Najważniejsze, że będzie nowy.

W administracji publicznej istnieje bowiem szczególny rodzaj postępu: jeśli jeden system nie rozwiązuje problemu, należy zbudować drugi, do którego wpisuje się część tych samych danych w trochę inny sposób.

Nie przybędzie ani jedno łóżko, ani jeden dyżur, ani jeden lekarz. Przybędzie loginów, haseł i instrukcji użytkownika. A transformacja cyfrowa musi być widoczna.

Na koniec trzeba przeprowadzić dialog

Wszystko to trafia pod obrady Zespołu ds. Ochrony Zdrowia i Polityki Społecznej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego.

Samorządy przedstawiają konkretne uwagi. Pokazują problemy kadrowe, finansowe, organizacyjne i prawne. Wyjaśniają, dlaczego część przepisów będzie niewykonalna i co to oznacza dla pacjentów.

Resort – w większości przypadków – odpowiada, że podtrzymuje stanowisko.

Niekiedy informuje, że uwaga została uwzględniona, choć w projekcie nadal tkwi problem, którego

uwaga dotyczyła. To bardzo rozwinięta forma dialogu: strona samorządowa mówi, ministerstwo słucha, a potem wyjaśnia stronie samorządowej, dlaczego rzeczywistość nie pasuje do projektu.

Można odnieść wrażenie, że konsultacje nie służą zmianie przepisów, lecz potwierdzeniu, że konsultacje się odbyły.

Samorządowcy przynoszą doświadczenie. Dyrektorzy przynoszą dane. Szpitale przynoszą rachunki. Resort przynosi tabelę rozbieżności.

I wszyscy wychodzą bogatsi o jedno spotkanie.

Pacjent także zostanie zoptymalizowany

Skutki tych regulacji nie zatrzymają się w gabinecie dyrektora.

Jeśli mały szpital straci lekarzy, zamknie oddział albo nie spełni nowych wymagań, mieszkańcy nadal będą chorować. Tylko trochę dalej od domu.

Senior z zapaleniem płuc pojedzie kilkadziesiąt kilometrów dalej. Rodzice chorego dziecka poszukają pomocy w innym powiecie. Kobieta w ciąży dowie się, że lokalne bezpieczeństwo porodowe zostało zoptymalizowane do większego ośrodka. Karetki spędzą więcej czasu w drodze, a duże szpitale przyjmą pacjentów, których dotąd zabezpieczały placówki lokalne.

W ministerialnym zestawieniu wszystko będzie jednak wyglądać znakomicie. Liczba nierentownych oddziałów spadnie. Sieć zostanie skonsolidowana. Potencjał – skoncentrowany. Efektywność wzrośnie, zwłaszcza jeśli nie zaczniemy mierzyć czasu dojazdu pacjenta.

To niezwykła właściwość reform ochrony zdrowia: im dalej od pacjenta powstaje dokument, tym lepiej wygląda w nim dostępność świadczeń.

Przypadek czy metoda?

Być może my jako samorządowcy jesteśmy niesprawiedliwi.

Być może regulacja mająca ograniczać wynagrodzenia tylko przypadkiem podbije oczekiwania płacowe.

Być może limity zatrudnienia tylko przypadkiem uderzą najmocniej w miejsca o największych brakach kadrowych.

Być może czternastodniowy termin tylko przypadkiem jest nierealny.

Być może odpowiedzialność dyrektorów tylko przypadkiem nie została powiązana z realnymi narzędziami.

Być może nowa aplikacja tylko przypadkiem dubluje istniejące rozwiązania, a konsultacje tylko przypadkiem nie usuwają zasadniczych problemów.

Jak zamknąć szpital, nie podejmując decyzji o jego zamknięciu

Kategoria: Felietony

Opublikowano: środa, 12, sierpień 2026 12:45

Rafał Rudka

Odśłony: 137

Każdy z tych elementów osobno można nazwać błędem, niedopatrzaniem albo nadmiernym optymizmem legislacyjnym.

Kiedy jednak wszystkie błędy prowadzą w tę samą stronę, przestają być błędami. Zaczynają być polityką.

Mały szpital ma pozostać niedofinansowany, bardziej obciążony administracyjnie, mniej elastyczny kadrowo, silniej narażony na sankcje i pozbawiony realnej ścieżki bezpiecznego przekształcenia. Jeśli mimo wszystko przetrwa, będzie to dowód, że regulacje były prawidłowe. Jeśli upadnie – usłyszymy, że nie poradził sobie w nowych warunkach.

Państwo nie będzie musiało go zamykać. Szpital zamknie się sam.

Całkowicie dobrowolnie – po wypełnieniu wszystkich obowiązków, złożeniu wszystkich oświadczeń i zarejestrowaniu własnego końca we właściwej aplikacji.

Pozostaje jedno pytanie: **czy upadek małych szpitali powiatowych jest skutkiem ubocznym źle napisanych przepisów – czy ich celem?**