



fot. Archiwum

Operacja się udała, pacjent zmarł

Właściwa diagnoza jest pierwszym i najważniejszym warunkiem skutecznej terapii. Sądzę, że z tym stwierdzeniem zgodzi się każdy, kto wykonuje zawód medyczny. Zadziwiające, że w ochronie zdrowia staramy się być jak najbardziej odporni na poszukiwanie prawdziwych przyczyn problemów, które chcemy rozwiązać.

Komercjalizacja, prywatyzacja, szpitale niepubliczne – to główne tematy dzisiejszej dyskusji o naprawianiu systemu opieki zdrowotnej. Co działa źle? Po kolei: brak odpowiedzialności organu tworzącego (właściciela) za działanie szpitala, przymus komercjalizowania placówek w wypadku ujemnego wyniku finansowego, prywatyzacja szpitali i w końcu prowadzenie działalności *for profit*.

zmian organizacyjnych (np. przekształcenie w spółkę czy właścicielskich).

Efekt będzie oczywisty: przerzucenie ciężaru finansowania deficytowych jednostek na samorządy bez możliwości dokonywania w nich jakichkolwiek zmian proefektywnościowych. A przecież jest instrument umożliwiający spięcie polityki kontraktowej z nadzorem właścicielskim: mapy potrzeb zdrowotnych.

Co do komercjalizacji i prywatyzacji, przyjrzyjmy się rzeczywistym danym. W 2014 r. NFZ przeznaczył na lecznictwo szpitalne 28,5 mld zł. Do szpitali prywatnych z kontraktem powyżej 1 mln zł trafiło 1,7 mld zł, czyli niecałe 6 proc. Gdzie więc ta masowa wyprzedaż szpitali, o której się mówi przez ostatnie osiem lat? Spośród 183 szpitali przekształconych z SPZOZ w spółki

„Trwale nierentowne szpitale będą obciążały coraz bardziej organy założycielskie”

Tylko pierwszy z tych punktów ma istotne znaczenie. Pozostałe realizują zapisy określonego programu politycznego – bez jakiegokolwiek zderzenia z rzeczywistością. Dlaczego? Zaraz spróbuję wyjaśnić.

Czy dzisiaj samorząd lub, szerzej, władza publiczna ma wystarczające narzędzia do kreowania polityki zdrowotnej w wymiarze lokalnym? Oczywiście, nie. To długa historia, sięgająca 1999 r., kiedy to przekazano szpitale samorządom. Od tej chwili władza szczebla centralnego przestała zarządzać lecznictwem szpitalnym. Niestety, samorządy nie zostały wyposażone w odpowiednie narzędzia zarządcze – powiaty nie były przygotowane do nowych obowiązków, zwłaszcza że wraz z przejęciem szpitali nie przejęły ich finansowania. Ta sytuacja trwa do dzisiaj – w innych rękach jest nadzór właścicielski (i decyzje dotyczące np. inwestycji), w innych finansowanie. Efektem jest brak skoordynowania działań właściciela z polityką kontraktową. To oczywisty problem, tyle że propozycja jego rozwiązania w nowelizacji ustawy o działalności leczniczej jest absolutnie kuriozalna – samorządy będą mogły kupować świadczenia medyczne w swoich jednostkach (czyli pokrywać niedobór finansowania z pieniędzy NFZ), ale będą pozbawione możliwości dokonywania w nich

jedynie co piąty (36) jest dzisiaj prowadzony bez udziału samorządu. Czy jesteśmy w stanie dostrzec różnicę między szpitalem działającym w formie spółki a SPZOZ? Moim zdaniem tak – z korzyścią dla spółek.

Podobno w ochronie zdrowia finansowanej z pieniędzy publicznych nie ma miejsca na działalność dla zysku. Co to może oznaczać? Po pierwsze, konieczność finansowania wszystkich inwestycji (sprzęt, infrastruktura) z funduszy publicznych, bo bez zysków nie da się inwestować choćby w odtworzenie majątku. Po drugie, załatwimy raz na zawsze kwestię dostępności kadr medycznych – skoro szpitale nie będą stać na sensowne wynagradzanie lekarzy i pielęgniarek, nasze uczelnie medyczne będą kształciły wyłącznie dobra eksportowe. Po trzecie, trwale nierentowne szpitale będą obciążały coraz bardziej organy założycielskie. Tyle jeśli chodzi o lecznictwo szpitalne. Co z POZ i AOS? Czy lekarze rodzeni (w zasadzie 100 proc. praktyk prywatnych) i specjaliści (ponad 70 proc. podmiotów prywatnych) będą mieli oddawać wygenerowane nadwyżki? Czy może zostaną znacjonalizowani?

Celowo sprowadzam te rozważania do absurdu – błędna, oderwana od rzeczywistości diagnoza zaszkodziła niejednemu pacjentowi. ■