



# Minister zdrowia z Lewicy będzie odpowiedzialny

Rozmowa z **Wojciechem Koniecznym**, wiceprzewodniczącym Klubu Parlamentarnego Lewicy, zastępcą przewodniczącego senackiej Komisji Zdrowia, dyrektorem Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie.

**Czy system opieki zdrowotnej w Polsce działa? Pytam szczególnie o szpitale.**

– Nie działa, między innymi dlatego, że – po pierwsze – nie ma w Polsce systemu ochrony zdrowia. Funkcjonują jedynie, w oderwaniu od siebie i bez rozsądnych powiązań, podstawowa opieka zdrowotna i szpitalnictwo. Są to osobne światy – zupełnie inaczej finansowane. W POZ płaci się za zapisanego pacjenta, w szpitalach za procedury. Cele tych sektorów nie są zbieżne. Nie współpracują, lecz konkurują, między innymi o koszty – uściślając: o to, kto ma mieć mniejsze koszty. W tej konkurencji zawsze lepiej wypada podstawowa opieka zdrowotna, bo z POZ łatwiej przetrząść pacjentów i związane z nimi koszty na szpitale, w których zawsze otrzymają pomoc – natomiast odwrotnej drogi nie ma i wydaje się, że były już minister zdrowia Adam Niedzielski jej nie znajdował.

Po drugie – pseudosystem nie działa, bo nie miał odpowiedzialnego zarządzającego, była za to osoba, która – co karygodne – sugerowała, że dyrektorzy powinni likwidować oddziały ginekologiczno-położnicze, bo są nierentowne. Oczywiście, prawdą jest, że – na skutek działań Prawa i Sprawiedliwości w zakresie polityki demograficznej – dzieci rodzi się coraz mniej i tak duża liczba wspomnianych oddziałów jak w przeszłości nie jest potrzebna, ale nie można sugerować, że powinno się je pozamykać. Właśnie to jest dowodem, że system nie działa. Były minister powinien

powiedzieć do dyrektorów: „Słuchajcie, zamieniamy te oddziały na opieki długoterminowej. Są bardziej potrzebne. Stworzymy za to sieć ogólnopolską lub wojewódzką oddziałów ginekologiczno-położniczych”. Tak jednak się nie działo. Zostawiał to do decyzji zarządzających, a przecież ich rolą nie jest odpowiedzialność za region, za ustalanie potrzeb zdrowotnych w województwie. To nie może prowadzić do niczego dobrego. Zrzucił z siebie odpowiedzialność, tym razem za likwidowanie oddziałów, jednocześnie zachęcając do tego. Za mało było zarządzania, za dużo politykowania i nieścisłości oraz chaosu.

Po trzecie – nasz pseudosystem był rozmontowywany przez ministra zdrowia, który „dawał” podwyżki, chwalił się tym na konferencjach prasowych, ale nie przekazując dyrektorom szpitali odpowiednich pieniędzy. Chodzi o ustawę o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, z której wynika, że zarządzający mają płacić więcej personelowi szpitalnemu. Problemem jest, że ich na to nie stać. Pieniądze przekazywane na ten cel przez ministra i prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia są niewystarczające. To powoduje, że szpitale będą jeszcze bardziej się zadłużać.

**Zadłużenie szpitali na koniec trzeciego kwartału 2022 r. wyniosło 19,1 mld złotych, w tym 2,1 mld zł**



Fot. Grzegorz Krzyżewski / Senat

**to zobowiązania wymagalne. Co zatem zrobić, aby rozwiązać ten problem?**

– Twierdę, że oddłużenie szpitali jest koniecznością. To się musi stać i... to się stanie, obojętnie, kto będzie rządził i jakie będzie mieć poglądy. Nie ma innego rozwiązania – bez takiej pomocy zarządzający z długów nie wyjdą. Kiedy należałoby oddłużyć? Z punktu widzenia pacjentów i przedstawicieli szpitali najlepsze wydaje się, aby to stało się czym prędzej. Natomiast z perspektywy ekonomistów byłoby to dobre w przypadku, kiedy zapewniłoby się finansowanie na takim poziomie, aby podmioty już się nie zadłużały. Twierdę jednak, że nawet bez tego oddłużenie byłoby dobrym rozwiązaniem – duże kwoty pieniędzy zamiast na spłatę odsetek kredytów przeznaczane byłyby na leczenie i inwestycje.

Opowieść o tym, że Polska nie ma 19 mld zł to bajka – to nieprawda.

**Oddłużenie i co potem?**

– Nie potem, lecz równolegle – aby oddłużenie było skuteczne. Szpitale zadłużają się między innymi dlatego, że wyceny części procedur medycznych są niedoszacowane, a te, które się zmieniają, nie przystają do rzeczywistości rynkowej. Konieczne jest ich urealnienie. Ważne jest także zróżnicowanie finansowania tych samych świadczeń w zależności od tego, gdzie są realizowane – w szpitalach, w których działają oddziały ratunkowe, wszystkie świadczenia w oddziałach podstawowych,

czyli internistycznych, chirurgicznych, pediatrycznych, anestezyjologicznych i intensywnej terapii, powinny być finansowane o 30 proc. wyżej niż te same procedury w szpitalach bez SOR-ów. To poprawi jakość świadczeń, o którą tak trudno w szpitalach pracujących głównie „na ostro”. Inne świadczenia należy również wycenić, stosując po prostu realny rachunek kosztów.

**Za lepiej wycenione procedury trzeba byłoby płacić więcej. Pytanie – czy pieniędzy w systemie jest wystarczająco dużo?**

– Oczywiście, że nie jest. Fakt, zwiększa się udział funduszy przeznaczanych na zdrowie w stosunku do produktu krajowego brutto, ale to nie zrównoważy rosnących kosztów. Pieniądzy na zdrowie jest zdecydowanie za mało.

**Jaki zatem procent PKB powinien być wydawany na zdrowie?**

– Procent produktu krajowego brutto nie powinien być celem samym w sobie – uchylam się więc od podania konkretnej liczby. Odpowiem inaczej – dopóki nie stworzymy prawdziwego systemu ochrony zdrowia i nie określimy, co i za ile chcemy oferować Polakom, trudno mówić o konkretnym procencie. Musimy równolegle stworzyć rzeczywiste mapy potrzeb zdrowotnych z uwzględnieniem wymaganych łóżek szpitalnych i podstawowej opieki zdrowotnej, realnie wycenić świadcze-



„Gdybyśmy rządili, to wreszcie pojawiłby się ktoś, kogo nie ma od 30 lat – minister, który nie przerzuca odpowiedzialności na menedżera szpitala, dyrektora wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, starostę, prezydenta miasta i wojewodę”

nia, wyliczyć, ile i gdzie brakuje pieniędzy, policzyć, ile będzie kosztować oddłużenie szpitali i to zrobić – wtedy będziemy wiedzieć, na czym stoimy, ile docelowo powinniśmy przeznaczać na zdrowie. W tej chwili finansowanie ochrony zdrowia w Polsce jest w systemie hybrydowym – składkowym i w związku z ustawą 6 proc. PKB, która później się zmieniła w 7 proc. PKB, finansowanym z budżetu państwa. Należałoby zwiększyć dofinansowanie z budżetu państwa.

**Zatem Lewica wygrywa wybory parlamentarne, oddłuża szpitale, urealnia wycenę świadczeń i zwiększa finansowanie ochrony zdrowia – co dalej?**

– Bierze odpowiedzialność za bieżące problemy w szpitalnictwie i cały pseudosystem ochrony zdrowia.

**Wróćmy zatem do problemu, o którym pan wspominał – jest nierentowny oddział ginekologiczno-położniczy w niewielkim szpitalu powiatowym, w którym odbiera się niewiele porodów, a to oznacza, że personel nie ma doświadczenia. To może być niebezpieczne dla pacjentów.**

– Niewykluczone, że w jakimś powiecie lub mieście trzeba zlikwidować nierentowną i nie do końca bezpieczną porodówkę. To się może zdarzyć, ale tym trzeba zarządzać. Na przykład należy przekształcić oddział ginekologiczno-położniczy w oddział opieki długoterminowej, ortopedyczny czy kardiologiczny, w zależności od potrzeb okolicznych mieszkańców, lub nawet cały szpital zmienić w jednodniowy. Przymus takiego przekształcenia należałoby narzucić dyrekcji, a nie czekać do momentu, w którym zarządzający zawieszają lub zamykają konkretny oddział. Powtórzę: chcemy wziąć odpowiedzialność za szpitalnictwo. Gdybyśmy rządili, wreszcie pojawiłby się ktoś, kogo nie ma od 30 lat – minister, który nie przerzuca odpowiedzialności na menedżera szpitala, dyrektora wojewódzkiego oddziału NFZ, starostę, prezydenta miasta i wojewodę. Do tego trzeba odwagi i umiejętności tłumaczenia swoich decyzji oraz dogadania się z przedstawicielami branży, czyli lekarzami, pielęgniarkami, ratownikami, dyrektorami szpitali. Wydaje się, że obecne kierownictwo resortu tego nie potrafi, a my tak.

**Sugeruje pan zarządzanie centralne w szpitalnictwie?**

– Oczywiście, że tak. Dobrym rozwiązaniem byłoby zarządzanie centralne szpitalami na poziomie województwa, praca zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych, a nie przez odgórne nieracjonalne nakazy wydawane dyrektorom – tak jak obecnie w przypadku podwyżek dla pracowników medycznych. Liczenie na to, że niewidzialna ręka rynku, bo nie zapewniło się odpowiedniego finansowania, dokona zmian w sektorze szpitalnym, czyli zamknie niektóre oddziały, jest lekkomyślnym zachowaniem i zarządzaniem. Należałoby stworzyć system podobny do policyjnego, w którym nikt nie rozkazuje komendantowi, jak ma łapać przestępców, ale decyduje, czy w regionie powstanie komenda powiatowa lub wojewódzka i określa, ile ma być policyjnych etatów. Podobnie powinno być w szpitalnictwie, które nie może być wolnorynkowe. To wystarczyłoby – wtedy system by działał.

**Posel Janusz Korwin-Mikke, jeden z liderów Konfederacji, w rozmowie z „Menedżerem Zdrowia” stwierdził, że jeśli jego partia wygra wybory, to sprywatyzuje ochronę zdrowia. Mówił: „Od razu zaczniemy prywatyzację. Przystaniemy pobierać od obywateli haracz nazywany składką zdrowotną. Bez żadnych inwestycji z publicznych pieniędzy powstanie rynek, zmniejszą się ceny. Nie będzie więc ani drożyzny, ani niepotrzebnego płacenia pośrednikom. Będzie wolny rynek, konkurencja”.**

– Absurd – nie do zrealizowania w Polsce. To mogłoby być teoretycznie możliwe w bogatym społeczeństwie. Ten pomysł zakłada, że pacjent byłby leczony, gdyby miał pieniądze – w przeciwnym razie umarłby. To utopia. Choć nie sposób panu posłowi odmówić konsekwencji – o wolnym rynku mówi od lat. Ja za to twierdzę, że wolnorynkowości w zdrowiu powinno być jak najmniej. Ktoś tym systemem powinien zarządzać, administrować i go kontrolować, bo przecież celem jego funkcjonowania jest poprawa zdrowia i życia obywateli. Gdyby Lewica rządziła, ktoś taki zostałby ministrem.

Rozmawiał Krystian Lurka