



Fot. © iStockphoto.com 3x

Zmierzch szpitali powiatowych?

Żyjemy w ciekawych czasach. Bardzo dobre wyniki gospodarcze, zwłaszcza dotyczące sytuacji budżetu państwa i rynku pracy, stoją w sprzeczności z obrazem przedstawianym przez partie opozycyjne czy protestem rodziców osób niepełnosprawnych. W naszym systemie zwiększony napływ składki zdrowotnej jest sukcesem wynikającym ze wzrostu gospodarczego, lecz jednocześnie jest on niewystarczający, aby pokryć potrzeby zdrowotne pacjentów i aspiracje płacowe pracowników. Do tego dołączył się narastający brak profesjonalistów medycznych, zwłaszcza lekarzy i pielęgniarek. Jeżeli jeszcze dodamy nierównomierność rozmieszczenia zasobów z preferencją dużych ośrodków miejskich, odświeżony obraz sytuacji, w której działają najmniejsze szpitale – szpitale powiatowe.

Jest nieco dziwne, że najważniejszy problem systemu, tzn. wszechobecny brak zasobów do realizacji zadań postawionych przed szpitalami i przychodniami, nie jest podstawowym tematem debaty. Tak jakbyśmy byli znużeni oczywistością tego faktu. Ciągłe podkreślamy znaczenie takich zagadnień, jak cele systemu, zakres oferowanych świadczeń, jakość usług, nie mówiąc już o mantrze – uszczelnianiu systemu. Jakby nikt nie chciał przyjąć prostej prawdy: system opieki zdrowotnej działa na takich zasadach, jakie w tej chwili obowiązują. Pierwszym działaniem powinno być zapewnienie mu zasobów do zagwarantowania bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców, a dopiero kolejnym jego naprawianie, które pozwoli na lepsze wykorzystanie zasobów. Tymczasem od lat mieszamy herbatę, a do niedoborów finansowych dołączyły się niedobory kadrowe, które rosną lawinowo i powodują niekontrolowaną likwidację kolejnych miejsc działalności. Ta sytuacja

nie tylko stanowi zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego, ale może też prowadzić do niezadowolenia społecznego w kolejnych miejscach.

Braki finansowe

Dyskusja o brakach finansowych także przybrała dziwną formę. Zepchnięto nas na pozycje skrajnie defensywne, ograniczając oczekiwania do tego, kiedy osiągniemy mityczne 6% PKB w nakładach publicznych. Tymczasem 6% to *minimum minimorum*, które i tak zostanie osiągnięte za 6 lat. Główne problemy są dwa: strategiczny – 6% jest nakładem zbyt niskim, aby zabezpieczyć potrzeby społeczne, zwłaszcza wobec starzenia się społeczeństwa i wzrostu jego oczekiwań, oraz operacyjny – w ciągu najbliższych 2–3 lat nakłady zwiększą się nieznacznie. Niezbędny wzrost nakładów finansowych musi zabezpieczyć zwiększenie dostępności świadczeń opieki zdrowotnej wraz z podniesieniem

ich jakości, ale też drugi, równie ważny cel – zwiększenie wynagrodzeń pracowników systemu. Tu i teraz właśnie ten drugi cel jest być może ważniejszy. Jeżeli nie zwiększymy w sposób istotny wynagrodzeń, to będziemy mieli coraz większy problem z zapewnieniem odpowiedniej liczby pracowników. Chodzi o wynagrodzenia lekarzy i pielęgniarek, ale też w dużym stopniu innych pracowników medycznych oraz pracowników pomocniczych i administracji. Na kurczącym się rynku pracowników szpitale i przychodnie są coraz mniej konkurencyjnym pracodawcą dla kogokolwiek. Wystarczy przypomnieć, że średnia płaca wg GUS rośnie w tempie 7–8% rocznie, co sprawia, że wynagrodzenia w systemie ochrony zdrowia coraz bardziej odstają od wynagrodzeń w większości innych miejsc. W rezultacie duża liczba pracowników odchodzi z ochrony zdrowia i nie sposób znaleźć kogoś na ich miejsce.

Braki kadrowe

Jak wspomniałem, braki kadrowe w szpitalach wynikają w dużej mierze z nieatrakcyjnych wynagrodzeń. W przypadku lekarzy i pielęgniarek skutkują one emigracją zarobkową, ale także odpływem tych pracowników ze szpitali do działalności ambulatoryjnej, gdzie obciążenie pracą jest znacznie mniejsze. Ponieważ te dwie grupy zawodowe są liczne i dobrze zorganizowane, są w stanie rozniecać spory na dużą skalę. W takich przypadkach wymuszone wzrosty wynagrodzeń często przekraczają możliwości finansowe szpitali, co prowadzi do ich kolejnego zadłużania się. Innym aspektem tego zagadnienia jest „podkradanie” sobie profesjonalistów medycznych przez konkurujące o nich szpitale i przychodnie. W efekcie mamy powtarzające się sytuacje wstrzymywania działalności oddziałów szpitalnych do czasu zebrania nowego zespołu lekarskiego czy pielęgniarskiego, najczęściej na dużo lepszych warunkach.

Powodem całej tej wolnej amerykanki jest obiektywny brak zasobów ludzkich. Jak pokazują dane OECD, w Polsce liczba zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek przeliczana na wskaźniki populacyjne jest znacznie mniejsza niż w innych krajach. Na dodatek średnia wieku osób pracujących w tych zawodach w dramatycznie szybkim tempie zbliża się do wieku emerytalnego. Zresztą już obecnie system działa w dużej mierze dzięki pracy lekarzy i pielęgniarek wykonujących swój zawód pomimo nabycia praw do emerytury.

Na koniec – redystrybucja zasobów ludzkich, czyli przekładając na potoczny język, miejsca zamieszkania i wykonywania zawodu, jest wysoce nierównomierna. Największe niedobory lekarzy i pielęgniarek występują poza aglomeracjami miejskimi i właśnie tam ich brak jest najbardziej dotkliwy.

Kształcenie

Niedobór kadr, zwłaszcza profesjonalistów medycznych, jest następstwem wadliwego ich kształcenia. Do-

„Na kurczącym się rynku pracowników szpitale i przychodnie są coraz mniej konkurencyjnym pracodawcą dla kogokolwiek”

tyczy to zarówno kształcenia na uczelniach, jak i późniejszego – podyplomowego. W przypadku lekarzy kształcą się ich po prostu za mało, a obecne zwiększenia limitów i tak nie będą w stanie pokryć naturalnego ubytku pracowników w kolejnych latach związanego z dziurą pokoleniową. Jak wspomniałem wyżej, duża część obecnie praktykujących lekarzy osiągnęła już wiek emerytalny, biologia ma zaś swoje własne, okrutne prawa. Mała liczba kształconych lekarzy ma związek z kolejnymi oszczędnościami państwa, tym razem na finansowaniu uczelni wyższych. Uczelnie medyczne, aby pokryć swoje braki finansowe, kształcą obcokrajowców w liczbach niewiele mniejszych niż w ramach limitów przyznawanych przez Ministerstwo Zdrowia. Okazuje się zatem, że nie potencjał uczelni jest problemem, lecz niskie finansowanie w ramach dotacji. Gdyby finansowanie kształcenia na uczelniach było wyżej wyceniane i za tym popłynęłyby na uczelnie większe środki, to prawdopodobnie moglibyśmy znacznie zwiększyć liczbę nowych lekarzy. Po prostu nie byłoby potrzeby dorabiania przez uczelnie poprzez kształcenie lekarzy dla cudzych systemów.

Drugim elementem jest kształcenie podyplomowe. W tym przypadku problemem nie jest liczba miejsc rezydenckich, lecz rozdrobnienie specjalizacji i redystrybucja miejsc specjalizacyjnych. Kształcimy kilka tysięcy lekarzy rocznie, ale nie w specjalnościach podstawowych, lecz w wąskich specjalizacjach. Tymczasem najbardziej potrzeba lekarzy rodzinnych, internistów, pediatrów, chirurgów. Poza tym, co jest największym problemem, kształcenie podyplomowe lekarzy odbywa się co do zasady w wielkich szpitalach. Według danych samego Ministerstwa Zdrowia w szpitalach podległych samorządowi powiatowemu kształcą się jedynie 2% spośród nich. To w oczywisty sposób nie pozwala na odtwarzanie kadry w tych szpitalach i pogłębia ich problemy. Z drugiej strony wielu spośród nowych specjalistów nie otrzymuje ofert pracy w miejscach, gdzie się specjalizowali, i w następstwie emigruje bądź odchodzi do lecznictwa ambulatoryjnego, w tym do placówek działających poza systemem publicznym. Potwierdza to ostatni, kolejny zresztą, bunt rezydentów, którzy nie zgadzają się na obowiązek odpracowania dwóch lat w placówkach finansowanych przez NFZ.

W przypadku kształcenia pielęgniarek czkawką odbija się nam likwidacja liceów pielęgniarskich, które dostarczały potrzebnych kadr. Nic nie stało na prze-



„Zjawisko prywatyzacji (nie komercjalizacji!) dotyczyło głównie szpitali powiatowych i było następstwem przede wszystkim niezapewnienia im przez organizatorów systemu finansowania na poziomie pozwalającym na utrzymanie działalności”

szkodzie, aby licea te działały dalej, być może ze zmienionym programem nauczania, a ich absolwentki były zobowiązane do uzupełnienia kwalifikacji w odpowiednich szkołach wyższych. Obecnie liczba kształconych pielęgniarek jest drastycznie niewystarczająca i większość z nich nie podejmuje zatrudnienia z uwagi na niesatysfakcjonujące zarobki. A luka pokoleniowa w tej grupie zawodowej jest jeszcze większa niż wśród lekarzy.

Pewnym rozwiązaniem byłoby zwiększenie uprawnień opiekunów medycznych bądź nawet utworzenie stanowiska asystenta pielęgniarki, który przejąłby część obowiązków związanych z procesem pielęgnowania. Jednocześnie asystenci byłiby brani pod uwagę w obowiązkowym standardzie opieki, co zmniejszyłoby zapotrzebowanie na same pielęgniarki. Mogłoby to być nawet rozwiązanie przejściowe (choć jest ono z powodzeniem stosowane w innych krajach), ale uchroniłoby nas przed załamaniem systemu wynikającym z realnego i narastającego braku pracowników.

Redystrybucja zasobów

Kolejnym ważnym tematem, który nie jest dostatecznie analizowany, jest redystrybucja zasobów: finansowych i ludzkich. Tym razem zacznę od zasobów ludzkich, a konkretnie od rozmieszczenia pielęgniarek

w systemie. Projektowane rozporządzenie dotyczące norm zatrudnienia pielęgniarek przyprawiło wielu dyrektorów szpitali powiatowych o stan przedzawałowy, ponieważ w tych szpitalach nie ma wystarczającej liczby pielęgniarek, aby zapewnić wymagane obsady. W trakcie spotkania Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych zrzeszającego tych właśnie dyrektorów wiceminister Józefa Szczurek-Zelazko, która była naszym gościem, starała się rozwiązać obawy, informując, że według danych Ministerstwa liczba pielęgniarek ogółem pracujących w szpitalach jest o ponad 2 tys. większa, niż wynika z procedowanych norm. Abstrahując od tego, że to jest może 1–2% więcej w stosunku do potrzeb, Ministerstwu umyka chyba fakt, że tak jak lekarze pielęgniarki mieszkają i pracują w dużych miastach. Nieprawdopodobne jest to, że szpitale mające ich nadmiar w stosunku do proponowanych norm zdecydują się na ich zwolnienie, chociażby z tego powodu, że będą się spodziewać stałego ich ubytku ze względu na wiek. Równie nieprawdopodobne jest to, że pielęgniarki z dużych miast zdecydują się na dojeżdżanie do pracy do szpitali powiatowych, zwłaszcza przy obecnym poziomie wynagrodzeń. Należy się spodziewać, że wprowadzone normy doprowadzą do ujawnienia istniejących braków i zamykania oddziałów, chyba że po raz kolejny wprowadzi się jakieś *lex specialis*, które pozwoli na odstępstwa dla zapewnienia opieki zdrowotnej.

W grupie zawodowej lekarzy sytuacja również jest dramatyczna. Wiceminister Józefa Szczurek-Zelazko poinformowała, tym razem w trakcie spotkania Parlamentarnego Zespołu ds. Szpitali Powiatowych, że w szpitalach tych pracuje poniżej 20% lekarzy specjalistów zatrudnionych w szpitalach ogółem i zaledwie 2% kształconych rezydentów. Jednocześnie szpitale te realizują ok. 35% wszystkich hospitalizacji. Najprostsz rachunek pokazuje, że w szpitalach powiatowych na jednego specjalistę (pomijając rezydentów) przypada przeszło dwukrotnie większa liczba pacjentów.

Podobnie wygląda sprawa dostępu do środków finansowych. Jeżeli chodzi o kontrakty z NFZ, to ich łączna wartość w przypadku szpitali powiatowych stanowi znacznie poniżej 35% całości, która wynikałaby z liczby hospitalizacji. Oczywiście, trzeba tu wziąć pod uwagę programy lekowe czy wyższe taryfy dla świadczeń specjalistycznych, jednak ta różnica jest większa, niż wynikałoby to ze specyfiki szpitali. Zresztą i ta specyfika nie jest tak jednostronna, o czym za chwilę.

Największe koszty w działalności szpitali nie wynikają z cen materiałów medycznych czy wysokospecjalistycznej diagnostyki, ale z utrzymania szpitala w gotowości do pracy przez 24 godziny, w tym głównie z kosztów pracy. W wielkich szpitalach pojawia się efekt skali, który przy dużym kontrakcie pozwala pokryć te koszty – w mniejszych koszty gotowości stanowią największą część. Minister Rafał Szumowski

dostrzega ten problem, lecz paradoksalnie proponuje rozwiązania po raz kolejny preferujące wielkie szpitale. Przywrócenie podziału na dyżury ostre i tępe jest możliwe w miejscowościach, gdzie działa kilka szpitali o podobnym profilu i wyższych poziomach referencyjności. Tam redukcja zatrudnienia w trakcie dyżuru tępego może przynieść znaczące oszczędności. W małych szpitalach, gdzie najczęściej jest jeden dyżurujący lekarz określonej specjalności, rozwiązanie to nie przyniesie żadnych korzyści, a wręcz skomplikuje logistykę. Chyba nikt sobie nie wyobraża, że w szpitalach tych, gdyby wprowadzono dyżury tępe, na oddziale chirurgicznym, dziecięcym czy wewnętrznym nie będzie lekarza o tej specjalności.

Miejsce w systemie

Niezmiernie trudno jest zdefiniować miejsce szpitali powiatowych w systemie, ponieważ tak naprawdę mówimy tylko o nazwie szpitali, dla których organem założycielskim jest lub był samorząd powiatowy. Z jednej strony szpitale te rzadko bywają typowymi szpitalami czterooddziałowymi, gdyż mają po kilka, a nawet kilkanaście oddziałów specjalistycznych. Z drugiej w większych miastach, które przed reformą administracyjną z 1999 r. były miastami wojewódzkimi, nie ma szpitali powiatowych, bo istniejące tam szpitale podporządkowano urzędowi marszałkowskim. W jeszcze większych miastach szpitale koegzystują ze szpitalami klinicznymi. Z tego powodu w dużych miastach właśnie te duże szpitale odgrywają rolę szpitali powiatowych. Jak widać, utrwalony podział szpitali nie do końca jest związany z zakresem udzielanych świadczeń.

Na uwagę zasługuje wykonywanie zadań przez szpitale powiatowe przy posiadanych znacznie mniejszych zasobach finansowych i ludzkich. Powoduje to siłą rzeczy, że są one najbardziej efektywne, to znaczy udzielają świadczeń najmniejszym kosztem. Tę właśnie ich cechą polecam wszystkim piewcom „uszczelniania systemu”. Zdarza się, że pomimo skrajnych oszczędności nie sposób zbilansować działalności tych szpitali, co w sporej liczbie przypadków prowadziło w latach ubiegłych do ich sprzedaży przez zdesperowane powiaty. Niektóre prywatyzacje były udane, lecz znamy też przykłady wprowadzania przez nowych właścicieli drastycznych oszczędności, co świadczy o tym, że w warunkach niskiego finansowania nawet prywatna własność nie gwarantuje właściwego działania. Należy zauważyć, że zjawisko prywatyzacji (nie komercjalizacji!) dotyczyło głównie szpitali powiatowych i było następstwem przede wszystkim niezapewnienia im przez organizatorów systemu finansowania na poziomie pozwalającym na utrzymanie działalności jako jednostkom publicznym.

Obecnie słychać wiele głosów, niestety także na szczytach władzy, które kwestionują potrzebę istnienia takiej liczby szpitali jak obecnie i ich funkcjonowa-



„Dla miasta powiatowego szpital jest takim samym symbolem miejscowości jak sąd”

nia w takim zakresie. Niestety nikt nie zastanawia się nad liczbą szpitali i oddziałów w wielkich miastach, a redukcje mają dotyczyć właśnie peryferii. Przeprowadza się to w prosty sposób, wprowadzając unormowania prawne eliminujące te szpitale albo stawiające im warunki niemożliwe do spełnienia. Przykłady można mnożyć: opisany wcześniej projekt rozporządzenia o normach zatrudnienia pielęgniarek, zeszłoroczne ograniczenie liczby podmiotów wykonujących operacje endoprotezowania czy obecnie procedowane rozporządzenie dotyczące opieki okołoporodowej, które ma zabronić przyjmowania kolejnych porodów po cięciach cesarskich na oddziałach I poziomu referencyjnego. Ten ostatni zapis jest kuriozalny, ponieważ sam zabieg cięcia cesarskiego jest stosunkowo nieskomplikowany, ale też kolejny poród po nim nie jest obciążony jakimś istotnym ryzykiem i nie spotkałem się z danymi wskazującymi na znacznie większą liczbę powikłań w tych przypadkach w szpitalach powiatowych. Poza tym niewiele zabiegów cięcia cesarskiego przeprowadza się na oddziałach wyższego stopnia referencyjnego, więc mało prawdopodobne jest uzyskanie w następstwie proponowanego rozwiązania zmniejszenia liczby cięć ogółem. Jeżeli natomiast wprowadzi się taką zasadę, to możliwy będzie tzw. hazard moralny w dużych szpitalach, polegający na profilaktycznym wykonywaniu cięcia cesarskiego, aby zapewnić sobie pacjentkę w razie kolejnych cięć. Takie zachowanie wcale nie jest abstrakcją.

I w tym właśnie miejscu postawię pytanie. Czy rzeczywiście warto w ukryty sposób doprowadzać do

„Cywilizacyjnie uważam za niehumanitarne przewożenie rodzących kobiet czy gorączkujących dzieci do szpitali odległych o 30–50 km, ponieważ doprowadzono do zamknięcia odpowiednich oddziałów bądź całych szpitali powiatowych”

powolnego ograniczenia działalności szpitali powiatowych, a w następstwie do upadku części z nich? Czy korzyści wynikające z uwolnienia środków finansowych przeznaczanych na ich kontrakty i z przejęcia zatrudnionych w nich lekarzy i pielęgniarek warte są tak ryzykownej gry, zwłaszcza że ogranicza się działalność w jednostkach udzielających świadczeń dużo niższym kosztem?

Czynniki społeczne ze szczyptą polityki

Obecny rząd jest dumny z tego, że odtwarza postępowanie policji w miejscach, gdzie zostały one w ubiegłych latach zlikwidowane. Innym powodem do dumy jest odtwarzanie połączeń kolejowych i autobusowych czy przeznaczenie dużych pieniędzy na drogi powiatowe i gminne, co pozwoli na skomunikowanie metropolii i prowincji. Ba, ostatnio planuje się budowę kilkudziesięciu mostów nad głównymi rzekami w Polsce mających znaczenie właśnie dla Polski pozametro-politalnej. Czy nikt nie zauważa, jak ważny dla mieszkańców kilkudziesięciotysięcznego powiatu jest szpital? Szpital, który zapewnia mieszkańcom bezpieczeństwo w razie nagłego zachorowania, ale też jest jednym z największych pracodawców. Dla miasta powiatowego szpital jest takim samym symbolem miejskości jak sąd.

Pomijając większą efektywność kosztową, która jest cechą szpitali powiatowych, nie potrafię sobie wyobrazić, że nawet najlepszy system ratowniczy będzie w stanie przewozić masowo pacjentów wymagających hospitalizacji do większych miast. Cywilizacyjnie uważam za niehumanitarne przewożenie rodzących kobiet czy gorączkujących dzieci do szpitali odległych o 30–50 km, ponieważ doprowadzono do zamknięcia odpowiednich oddziałów bądź całych szpitali powiatowych. Zresztą, co tu pisać czy mówić – we wszystkich rozwiniętych krajach, niezależnie od czynników geograficznych i systemów administracyjnych, szpital znajduje się zazwyczaj we wszystkich miastach mających podobny status jak nasze miasta powiatowe.

Zastanawiam się czasami, czy obecnie rządzący, którzy tak jak ich poprzednicy generalnie nie zajmują

się zbyt skomplikowanymi zasadami rządzącymi systemem opieki zdrowia, biorą pod uwagę jeden prosty fakt. Większość elektoratu Prawa i Sprawiedliwości zamieszkuje obszary uboższe, co wiąże się z socjalnym programem i retoryką partii. Jest to więc Polska Wschodnia, ale też wieś i mniejsze miasta niezależnie od ich położenia geograficznego. Czy stratedzy PiS nie zdają sobie sprawy, że stała erozja i powolne upadanie szpitali powiatowych uderza w ich elektorat? Zarówno w pacjentów, którzy mają utrudniony dostęp do świadczeń, jak i w pracowników, gorzej wynagradzanych i zagrożonych utratą pracy. A ten elektorat może wystawić za to rachunek w każdych kolejnych wyborach.

Wielki plan dla szpitali powiatowych?

Z wielu względów upadek szpitali powiatowych nie powinien być celem rządzących. Ba, nie powinni oni do niego dopuścić, nawet gdyby to był uboczny efekt projektowanych przez nich działań naprawczych. To się po prostu nikomu nie opłaca, a doraźne działania polegające na dzieleniu biedy z preferencją dla silniejszych dzisiaj podmiotów przyniosą szkody, które będziemy naprawiać latami. Odtworzyć posterunek policji jest znacznie łatwiej niż odtworzyć szpital.

Rządzący powinni jak najszybciej zdefiniować na nowo szpital powiatowy i określić zakres jego działalności. Mogą do tego posłużyć mapy potrzeb zdrowotnych, choć i one – jak wynika z ustaleń NIK – nie odzwierciedlają rzeczywistości. Ustalmy zakres udzielanych świadczeń w odniesieniu do każdej jednostki i wprowadźmy w każdej oczekivaną restrukturyzację produktową. Warunek jest tylko jeden – każdy z tych szpitali, zarówno teraz, w okresie przebranzawiania, jak i ostatecznie, powinien otrzymywać środki finansowe umożliwiające prowadzenie działalności w stopniu porównywalnym z większymi szpitalami. Szpitale powiatowe muszą mieć dostęp do kadr bez tworzenia nierealnych standardów. Jednocześnie należy wprowadzić mechanizmy, które skierują do tych szpitali lekarzy w trakcie specjalizacji.

Niestety obecnie, w warunkach powszechnego braku zasobów, organizatorzy systemu zachowują się jak organizm w trakcie wstrząsu – centralizują krążenie, aby utrzymać działalność najważniejszych narządów (szpitali). Każdy anestezjolog może potwierdzić, że przedłużająca się centralizacja, choć jest mechanizmem obronnym, jest nieodwracalna i prowadzi do zgonu pacjenta. Może więc z wielu powodów: ekonomicznych, społecznych czy nawet politycznych, podejmiemy decyzje wspierające szpitale powiatowe, zwłaszcza że nie jest to wcale aż tak wielki koszt. Dużym wysiłkiem może się za to okazać zmiana mentalności, priorytetów i organizacji systemu.

Maciej Biardzki

Autor jest ekspertem ochrony zdrowia, dyrektorem szpitala w Miliczu.