

Marzenia o przyszłości polskiej ochrony zdrowia kontra rzeczywistość



Dwa równoległe światy

Wśród elementarnych zasad geometrii jest ta, że dwie płaszczyzny równoległe nie mają części wspólnych. Jeżeli przyjąć, że istnieją dwa światy systemu opieki zdrowotnej – ten dostrzegany przez Ministerstwo Zdrowia i ten niedostrzegany, a może wręcz niezrozumiały, a ponadto światy te znajdują się na dwóch równoległych płaszczyznach, to pojawia się obraz, który chciałbym w tym artykule przedstawić.

Polityka obecnych władz resortu jest zadziwiająca. Ministerstwo Zdrowia zajmuje się rozwiązaniami bardzo dalekosiężnymi bądź wręcz teoretycznymi, nie próbując zapanować nad najważniejszymi problemami teraźniejszości. Ministerstwem rządzą przecież politycy, którzy w pogoni za dobrym PR-em często swoimi doraźnymi posunięciami potęgują istniejące problemy. Zachowują się jak ojciec ubogiej wielodzietnej rodziny, który zamiast dbać o jedzenie i edukację dla wszystkich, albo faworyzuje wybrane dziecko, albo wpada na pomysł wysłania któregoś z nich na zagraniczne studia, albo nagle zaczyna opowiadać przy kolacji, że uprawianie jogi poprawi wszystkim samopoczucie. Ale spróbujmy uzasadnić powyższą tezę.

Priorytety

Nie ma co specjalnie dyskutować nad tym, że priorytetami dla systemu są jak najszybsze zwiększenie finansowania, zwiększenie liczby profesjonalistów medycznych i/lub rozsądne zmniejszenie liczby miejsc udzielania świadczeń medycznych oraz naprawa organizacji systemu poprzez kolejną redystrybucję miejsc udzielania świadczeń, środków finansowych i kadr medycznych. Bez tych trzech warunków cała reszta jest przysłowiowym mieszaniną herbaty. Powiedzmy sobie szczerze, że wzrost nakładów jest dalece niewystarczający z bardzo prostego powodu. Wynika on niemal całkowicie ze wzrostu splotu składki zdrowotnej w następstwie wzrostu zatrudnienia i wynagrodzeń w całej

gospodarce. Ale to z kolei powoduje silną presję płacową w systemie, która sprawia, że wzrost finansowania jest w olbrzymiej części konsumowany przez wzrost wynagrodzeń pracowniczych.

Ponieważ zaś zarobki w ochronie zdrowia odstawały od wynagrodzeń w innych sektorach już wcześniej, to teraz i tak jest to tylko pogoń za uciekającymi. Gdyby jeszcze odbywało się to w ramach jakiegoś konsensusu pomiędzy wszystkimi grupami pracowniczymi. Ale niestety, również w następstwie działań Ministerstwa Zdrowia, istotne wzrosty dotyczyły głównie lekarzy (na umowie o pracę) i pielęgniarek, a pozostali pracownicy muszą gonić już nie tylko zatrudnionych poza systemem, ale też swoich współpracowników. Niesatysfakcjonujące wynagrodzenia są jedną z głównych przyczyn narastającego braku profesjonalistów medycznych. Oczywiście ważne są także takie czynniki, jak niedostateczna liczba kształconych w ubiegłych latach czy likwidacja liceów pielęgniarskich przed ponad 20 laty. Tak czy owak mamy duże braki w liczbie zatrudnionych ogółem i lukę pokoleniową, która sprawi, że braki te w najbliższych latach jeszcze się nasilą.

Dodatkowym elementem, wydaje się, że niezauważanym przez Ministerstwo, które widzi świat przez pryzmat Warszawy i ewentualnie innych wielkich miast, jest redystrybucja zasobów ludzkich. Po prostu – w wielkich miastach i wielkich szpitalach mieszka i jest zatrudniona lwia część pracowników systemu, a największe niedobory występują na tzw. prowincji. Jest to pochodna przede wszystkim sposobu kształcenia, który sprawia, że większość nowych lekarzy i pielęgniarek kształci się na uczelniach i podyplomowo w wielkich miastach – i tam pozostaje. Do małych szpitali trafia ich skromna część, a dotychczasowi pracownicy starzeją się i wypadają z systemu z przyczyn biologicznych. Jest to poniekąd efekt wprowadzenia systemu rezydentki dla lekarzy i likwidacji liceów pielęgniarskich. Wcześniej lekarze kształcili się „na koszt szpitala” i trafiali tam, gdzie szpital był zdecydowany ponieść takie wydatki w celu odtwarzania kadr. W przypadku wielkich szpitali także nie przyjmowano dziesiątek absolwentów, bo jak powiedziałem – stanowili oni koszt dla szpitala. Dzięki temu redystrybucja nowych kadr lekarskich odbywała się znacznie bardziej równomiernie niż obecnie. Z kolei likwidacja liceów pielęgniarskich w mniejszych miejscowościach spowodowała, że nowo kształcone pielęgniarki także pozostają w dużych miejscowościach, nie zasilając szpitali mniejszych. Kwestia redystrybucji dotyczy również środków finansowych, które są dzielone z preferencją dla szpitali większych. Taka preferencja trwa od lat, na co wielokrotnie, podpierając się twardymi liczbami, zwracali uwagę przedstawiciele szpitali powiatowych. Dotyczy to zarówno samej wartości kontraktu, jak i wycen pojedynczych świadczeń, modyfikowanych przez NFZ według tzw. wskaźników. Następstwem są

„Priorytetami są zwiększenie zasobów finansowych, zwiększenie zasobów kadrowych i właściwa ich redystrybucja pomiędzy świadczeniodawcami”

mniejsze możliwości finansowe szpitali powiatowych oraz niekonkurencyjność przy ubieganiu się o nowych pracowników – i koło nadchodzącego upadku się kręci.

Dostosowanie do potrzeb

Priorytetem jest też dostosowanie struktury organizacyjnej systemu do potrzeb zdrowotnych, które powinny być odzwierciedlone w mapach potrzeb zdrowotnych. Nie będę się znechał nad obecnymi mapami, bo wystarczająco złą opinię wydał im NIK. Dobrze, że w ogóle je stworzono, a kolejne edycje niech będą coraz bardziej zbliżone do rzeczywistości i niech zaczną wreszcie prognozować przyszłe potrzeby zdrowotne. Może wtedy będziemy działać mniej reaktywnie, gasząc kolejne pożary. Problemem organizacji naszego systemu jest jego szpitalocentryczność i skupienie na medycynie naprawczej, i to wąskospecjalistycznej. A przecież prosta reguła Pareto potwierdzona wieloma badaniami mówi, że za pomocą 20% środków zabezpieczamy 80% potrzeb zdrowotnych. Czy nie należałoby najpierw zająć się tymi 80% potrzeb, które wymagają mniejszej części środków, zanim zajmiemy się spektakularnymi osiągnięciami medycyny? Z uwagi na deficyt kadr, który szybko nie zostanie uzupełniony, nie unikniemy zmniejszenia liczby miejsc udzielania świadczeń. Nie może się to jednak odbywać jak do tej pory przez „zarzynanie” małych szpitali, ponieważ po pierwsze nie dysponują one takimi zasobami kadr, aby to w istotny sposób wsparło system, a po drugie zaopatrują obecnie ponad 60% mieszkańców Polski.

Ich eliminacja z systemu nie tylko nie pomoże, ale dramatycznie zaszkodzi. Wypada się zgodzić, że szpitale powiatowe nie powinny być wielkimi klinikami realizującymi nie potrzeby zdrowotne, ale ambicje lokalnych włodarzy. Za wynaturzenie należy uznać wąskospecjalistyczne oddziały zabiegowe, gdzie co jakiś czas przyjeżdża ekipa z wielkiego szpitala wykonać kilka procedur. Ale w zakresie oddziałów podstawowych i tych oddziałów specjalistycznych, którym nie sposób odmówić wypracowanej przez lata renomy, powinny one istnieć. Warto się jednak zastanowić, jaki sens ma istnienie w dużych miastach kilku odrębnych wąskospecjalistycznych oddziałów, mających często po kilka-kilkanaście łóżek, z dużymi zasobami kadrowymi

„W wielkich miastach mieszka i jest zatrudniona lwią część pracowników systemu, a największe ich niedobory występują na tzw. prowincji”

i sporą liczbą rezydentów. A może to tam należy szukać rezerw poprzez ich konsolidację? Gwarantuję, że efekt będzie wielokrotnie większy.

Zanim przejdę do tematu odrębnych światów: Ministerstwa Zdrowia i świadczeniodawców, powtórzę tylko trzy najważniejsze według mnie priorytety: zwiększenie zasobów finansowych, zwiększenie zasobów kadrowych i właściwa ich redystrybucja pomiędzy świadczeniodawcami w liczbie i potencjale dostosowanym do potrzeb zdrowotnych, bez preferencji dla kogokolwiek. Oczywiście jest także, że trzeba w końcu skierować środki i ludzi na świadczenia podstawowe oraz inne rodzaje świadczeń niż świadczenia szpitalne.

Świat Ministerstwa

Nie mam zamiaru potępiać w czambuł wszystkich propozycji, jakie zgłasza ekipa Łukasza Szumowskiego. W zasadzie można nawet powiedzieć, że wiele z nich ma głęboki sens. Ale nie tutaj i nie teraz. Albo powinny one współistnieć z działaniami stabilizującymi system, których obecnie brakuje. W oczy rzuca się próba wprowadzenia zarówno w Ministerstwie Zdrowia, jak i w Narodowym Funduszu Zdrowia pewnych zasad korporacyjnych, związanych przede wszystkim z zarządzaniem procesami, a także pogłębienia analityki. To samo w sobie jest jak najbardziej słuszne i potrzebne, ale na efekty tych działań będziemy czekać latami.

Uznanie budzi zajęcie się w końcu informatyzacją systemu – być może wprowadzenie e-zwolnień, e-recepty czy e-skierowań w przewidywalnym czasie da ewidentne korzyści pracownikom systemu i przede wszystkim pacjentom.

Inne propozycje wydają się trochę bardziej wątpliwe. Tworzenie Agencji Badań Medycznych finansowanej ze środków NFZ wywołuje mój sprzeciw z kilku powodów. Po pierwsze istnieją już instytucje finansujące badania naukowe, m.in. Narodowe Centrum Badań i Rozwoju. Czy potrzebna jest kolejna? Poza tym z mocy ustawy NFZ nie ma prawa finansować eksperymentów naukowych. Wypada mieć nadzieję, że ABM nie jest powoływane po to, aby pod przykrywką innowacyjności w opiece zdrowotnej stworzyć odrębną instytucję do realizacji ambicji ministra i naukowców z kręgu medycyny. Dyskusje nad zmianą sposobu płacenia za wykonane świadczenia, z odejściem od płacenia za usługę w kierunku płacenia za efekt, wydają

się wręcz grą na czas nieprowadzącą do żadnych konstruktywnych wniosków. Gdyby rzeczywiście była wola zmiany sposobu finansowania usług, to skorzystano by z istniejących w innych krajach *benchmarków*, dostosowując nasz system płatności do tego, który najbardziej odpowiada specyfice naszego systemu i oczekiwaniom organizatorów opieki zdrowotnej, a nie prowadzono by jałowych dyskusji o charakterze poszukiwania kamienia filozoficznego.

Podobnie wygląda sprawa tworzenia sieci świadczeniodawców w niektórych zakresach, np. onkologii. Należy się zgodzić z tezą, że najlepiej leczą ci, którzy wykonują najwięcej operacji określonego typu, ale trzeba pamiętać, że jest to tylko prawda intuicyjna. Dopóki nie ma rejestrów świadczeń medycznych z prawdziwego zdarzenia, nie można rzetelnie odpowiedzieć na pytanie, w których szpitalach leczy się najlepiej. A tworzenie rejestrów idzie wyjątkowo opornie, choć wiele danych już na wstępie można by pozyskać z zasobów NFZ. Z drugiej strony warto zwrócić uwagę, co się stało po zmniejszeniu liczby ośrodków wykonujących zabiegi endoprotezoplastyki. Nie wiemy, czy jest mniej powikłań, ale wiemy, że nie sposób wykorzystać wszystkich środków przeznaczonych na wykonywanie tych zabiegów w ramach skracania kolejek, bo oparliśmy się o barierę potencjału. Po prostu – jeżeli w szpitalach, które utrzymały swoje uprawnienia, jest nawet odpowiednia liczba operatorów, to nie ma dostatecznej przepustowości sal operacyjnych, które muszą przecież służyć całemu szpitalowi. To pokazuje, jakie implikacje mogą mieć pozornie słuszne działania.

Zupełnie inne – ciekawe znaczenie w narracji resortu i NFZ zyskał dogmat uszczelniania systemu. Otóż tzw. uszczelnianie ma się odbyć nie poprzez zmianę organizacji systemu, o której wspomniałem wcześniej, ale poprzez stworzenie specjalnych programów informatycznych, które mają wychwytywać stosujących np. „agresywną optymalizację” przy rozliczeniach świadczeń, na wzór Ministerstwa Finansów i Krajowej Administracji Skarbowej. Zasygnalizował to w Krynicy zastępca prezesa NFZ ds. operacyjnych Adam Niedzielski. Zresztą prezes Niedzielski jest transferem z Ministerstwa Finansów, więc nie ma co się dziwić jego podejściu i retoryce. Drzyjcie zatem koderzy, którzy zdążyliście utworzyć jak najbardziej jawne Towarzystwo. Wkrótce możecie się znaleźć w towarzystwie „mafii vatowskich” i innych naciągaczy.

Na koniec najgorszy, moim zdaniem, ze sposobów działania obecnego resortu, którego na dodatek nie można już nazwać działaniem doraźnym, ale utrwaloną metodą. Jest to zasada rozmawiania nie ze wszystkimi interesariuszami, ale z kolejnymi grupami nacisku i podpisywanie z nimi odrębnych porozumień zaspokajających ich roszczenia. Pomijając fakt, że takie postępowanie radykalizuje kolejne grupy, to poszczególne rozwiązania są rujnujące system same w sobie.

Wystarczy przytoczyć sprawę zakazu wykonywania tzw. świadczeń tożsamych przez lekarzy specjalistów, co przy braku zgody odpowiednich oddziałów NFZ na wykonywanie ich w szpitalach powiatowych zatrzyma pracę wielu oddziałów, czy sprawę uzgodnionych norm zatrudnienia pielęgniarek, które są po prostu nie do zrealizowania przy obecnej liczbie pielęgniarek i miejscach ich zamieszkania i wykonywania zawodu.

Świat świadczeniodawców

Tymczasem świat realizatorów świadczeń – szpitali i przychodni – żyje własnymi, codziennymi problemami, które w niewielkim stopniu pokrywają się z tym, czym żyje obecnie resort. Są nimi chroniczny brak pieniędzy i brak pracowników, szczególnie silnie odczuwany w mniejszych szpitalach. Przyznane szpitalom ryczałty na IV kwartał 2017 r. są praktycznie niezmienione od roku, choć w tym czasie wzrosły wynagrodzenia minimalne, wynagrodzenia pracowników medycznych, ostatnio także niemedyków w związku ze zmianą odpowiedniej ustawy, nie mówiąc już o wzrostach wynagrodzeń lekarzy specjalistów i pielęgniarek. O ile udało się wywalczyć pełną refundację wzrostu wynagrodzeń pielęgniarskich, to wzrosty wynagrodzeń lekarzy specjalistów mają być zrefundowane tylko w części. Rosną opłaty lokalne, cena mediów. W związku z osłabieniem kursu złotego rosą ceny wielu materiałów medycznych i sprzętu. Wzrost wynagrodzeń w gospodarce zwiększa koszt inwestycji i niezbędnych remontów. W efekcie sukcesywnie pogarsza się sytuacja finansowa wszystkich szpitali pomimo odmiennego stanowiska Ministerstwa Zdrowia, o czym za chwilę. Brak pracowników, szczególnie lekarzy i pielęgniarek, obok podpisywanych przez ministra porozumień z niektórymi grupami pracowniczymi, prowokuje do niekończących się sporów płacowych kolejne grupy, a odejścia pracowników utrudniają prawidłowe funkcjonowanie oddziałów bądź całych szpitali. Narasta bunt wśród przedstawicieli zarządzających szpitalami, którzy nie są w stanie utrzymać działalności w obecnych warunkach. Cytując Waldemara Malinowskiego, szefa Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych: *nie może być tak, że żyjemy od konferencji prasowej ministra zdrowia do kolejnej konferencji*. Ten stan pogarszających się warunków działalności i niepewności co do kolejnych decyzji ministra zaowocował już protestem organizacji szpitali powiatowych, ale coraz więcej szpitali i ich organizacji zaczyna popierać stanowisko i konkretne postulaty OZPSP. Zupełnie innym wyrazem protestu są rezygnacje dyrektorów szpitali, do których po blisko 20 latach sprawowania takiej funkcji dołączyłem także ja.

Działania doraźne

Niezależnie od tzw. linii każdy wykonuje działania doraźne. Trzeba jednak stwierdzić, że Ministerstwu te



„Świat Ministerstwa Zdrowia panicznie boi się rzeczywistego dialogu ze światem świadczeniodawców”

Fot. iStockphoto.com

działania szczególnie się nie udają. Pierwszym przykładem niech będzie słynny informator dla pacjentów o czasie oczekiwania. Szybko stworzone narzędzie programistyczne nie stało się źródłem rzetelnej informacji, ale internetowych drwin, ponieważ ujawniło lichotę informacji przekazywanych przez świadczeniodawców do NFZ. Jednak zamiast się pokajać, że nie przewidziano tego, choć od lat wiadomo, że większość sprawozdawanych informacji jest – delikatnie mówiąc – nieprecyzyjna, postanowiono przeprowadzić kontrole u tych świadczeniodawców, na których się poskarżyli wpuszczeni w maliny pacjenci. Zresztą od lat walka z kolejkami jest priorytetem rządzących – zamiast walczyć z przyczynami, próbuje się zwalczać objawy. Jak mówi anegdota, pakiet onkologiczny był efektem rozmowy Donalda Tuska w trakcie meczu Lechii Gdańsk i dyspozycji udzielonej następnie Bartoszewi Arłukowiczowi. Jedną z kolejnych odsłon tej walki z problemami, które się samemu stworzyło, jest pomysł na premiowanie tych jednostek AOS, które skrócą kolejkę.

Od pewnego czasu resort z uporem maniaka stara się skrócić kolejki do najbardziej wrażliwych świadczeń. Tyle że i te działania to przeważnie rozsiew publicznych pieniędzy. Praktyczne nielimitowanie badań NMR i TK, choć oczekiwane przez pacjentów, jest pomyłką z kilku powodów. Po pierwsze nie istnieją żadne stan-



Foto: iStockphoto.com

„Uznanie budzi zajęcie się w końcu informatyzacją systemu – być może wprowadzenie e-zwolnień, e-recepty czy e-skierowań przyniesie ewidentne korzyści”

dardy wskazań do tych badań, a ich pełne finansowanie demoralizuje kierujących. Zamiast wykonać u pacjenta klasyczne RTG, za które trzeba zapłacić, zawsze można wybrać TK lub NMR, za które zapłaci NFZ. Już przed wprowadzeniem tych nowych zasad odsetek tzw. pustych badań, tzn. niewykazujących zmian patologicznych, wynosił ok. 50%. Aż strach pomyśleć, ile jest ich teraz. A przecież można było wraz z praktycznym nielimitowaniem tych świadczeń wprowadzić np. współfinansowanie ich przez kierującego, tak jak już było przed kilku laty. O praktycznym nielimitowaniu endoprotezowania i kolizji chęci zwiększenia liczby udzielanych świadczeń z redukcją miejsc ich udzielania pisałem wcześniej. Jednocześnie do dziś nie doczekaliśmy się standardu określającego, w jakim przypadku proteza powinna być wszczepiana. Nadal jest to indywidualna decyzja ordynatora (kierownika oddziału, operatora). Uznanie budzi wprowadzenie takich standardów dla zabiegów wszczepienia soczewki w przebiegu zaćmy, ale ze swojego udziału w Radzie ds. Taryfikacji pamiętam, z jakim oporem się to spotykało.

Do pewnego stopnia ma sens rozdzielenie dyżurów na tępe i ostre, co jest kolejnym pomysłem resortu, ale dotyczy to wielkich szpitali, w których istnieją istotne różnice zatrudnienia pomiędzy dyżurem tępym a ostrym. W przypadku mniejszych szpitali, dyżuru-

jących w odległości 30 km od siebie, jedyną korzyścią może być redukcja dyżuru lekarza anestezjologa na bloku operacyjnym, choć nie wiem, jak to się ma do sytuacji nagłej potrzeby zabiegu u pacjenta już wcześniej hospitalizowanego. Podobnie kwestia tzw. asystentów medycznych, którzy mają odciążać lekarzy od czynności administracyjnych, to chyba tylko sposób na to, aby klinicyści już nic nie musieli pisać sami. Po prostu nie ma tak przeszkolonych ludzi ani opisanych zakresów odpowiedzialności i umiejętności, które mieliby oni posiadać. Zresztą do tej pory jedynym zakresem obowiązków, jaki zdjęto z lekarzy, jest wypisywanie zwolnień lekarskich, co przy wprowadzeniu e-zwolnienia zaczyna być jakąś fantasmagorią, bo oznacza, że asystent będzie się posługiwał podpisem elektronicznym bądź ePUAP-em lekarza. Ale może to detal.

Kampania wyborcza

W związku z wyborami samorządowymi obserwowaliśmy spektakularny objazd ministra i jego zastępców po całej Polsce, w trakcie którego przekazywano kolejnym szpitalom środki na zakup sprzętu dla SOR-ów. Miało to zgodnie z przekazem poprawić warunki udzielania świadczeń i skrócić kolejki oczekujących (sic!). A przecież kolejki nie są związane z brakiem respiratora czy pompy infuzyjnej, ale brakiem pracowników na SOR-ach i niewydolnością POZ i NPL, która powoduje, że na SOR-y trafiają pacjenci, których w ogóle nie powinno tam być. Jakby tego było mało, poinformowano o proponowanych zmianach legislacyjnych, które mają doprowadzić do ponownego łącznego udzielania świadczeń SOR-ów i NPL w jednym miejscu. Uff, to po to rok temu rozdzielaliśmy te usługi, aby je z powrotem łączyć? Gdzie są analizy, że to ma jakiegokolwiek uzasadnienie? A może to kolejny pomysł

od czapy, aby tymi samymi zasobami załatwić dwa zakresy? I jak to wpłynie na czas oczekiwania pacjentów na usługę? Po *triage'u*?

Ostatnim przykładem niefrasobliwego działania doraźnego jest udział ministra zdrowia w negocjacjach z pielęgniarkami ze szpitala w Przemyślu. Po podpisaniu porozumienia z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, w którym otrzymały one istotną podwyżkę, ale jednocześnie zobowiązały się do wstrzymania akcji protestacyjnych w całym kraju, udział ministra w strajku jednego szpitala jest zaproszeniem dla innych do powtórzenia tego manewru w celu uzyskania podwójnej podwyżki. To, cytując Talleyranda, więcej niż zbrodnia – to błąd. Obawiam się, że pracownicy innych szpitali, zachęceni takim rozwiązaniem, zechcą z niego skorzystać.

Brak rzeczywistego dialogu

Świat Ministerstwa Zdrowia panicznie boi się rzeczywistego dialogu ze światem świadczeniodawców. Stąd brak realnych rozmów z reprezentacjami pracodawców, że wskażę tu tylko Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych. Realną dyskusję o rzeczywistych problemach próbuje się zastępować kolejnymi debatami, które niewiele wnoszą poza podnoszeniem ego panelistów. Debaty odbyły się już dwie, ale czy ktokolwiek potrafi sformułować jakieś wpływające z nich wnioski, co do których jest konsensus, że będą wprowadzane?

Innym przykrym faktem jest próba zaklinalnia rzeczywistości poprzez giętkie przedstawianie danych mających potwierdzać tezy Ministerstwa Zdrowia. Bo czym innym jest szermowanie danymi z 2004 r. czy przedstawianie zobowiązań wymagalnych na koniec 2017 r., czyli tuż po przekazaniu miliarda złotych za nadwykonania z lat wcześniejszych? Ministerstwo nigdy nie przedstawiło w ocenach skutków regulacji rzeczywistych kosztów, które muszą ponieść świadczeniodawcy w związku z podpisywanymi lekką ręką porozumieniami. A to właśnie te koszty, obok nieszczęsnych norm zatrudnienia pielęgniarek, są największym zagrożeniem dla funkcjonowania szpitali i przychodni w drugiej połowie 2018 r. i w kolejnych latach.

Niesterowany system tworzy zresztą własne problemy. Brak centralnej polityki sprawia, że jak podał ostatnio GIS, w sposób niekontrolowany zaczyna się rozprzestrzeniać w Polsce antybiotykooporna bakteria *Klebsiella pneumoniae*, tzw. New Delhi. A koszty jej ekspansji mogą być wielokrotnie wyższe niż osławionego ASF w przypadku rolnictwa. Wobec braku pracowników zaczyna się upowszechniać proceder migracji całych zespołów lekarskich i pielęgniarskich pomiędzy szpitalami. To tutaj jest potrzebna reakcja Ministerstwa Zdrowia i jego agend. Jednak świat szpitali i przychodni, no może poza wielkimi instytutami, wydaje się Ministerstwu obcy.



Fot. istockphoto.com

„ Świat szpitali i przychodni żyje własnymi, codziennymi problemami, które w niewielkim stopniu pokrywają się z tym, czym żyje obecnie resort ”

Kolizja płaszczyzn?

Taki stan nie może trwać w nieskończoność. Od czasu Euklidesa, który stworzył klasyczną geometrię, minęło już blisko 2500 lat, a inni matematycy udowodnili, że wiele rzeczy jest możliwych. W końcu musi dojść do kolizji równoległych światów. Pierwszym takim momentem może być wejście w życie norm pielęgniarskich, bo temu ministrowi będzie trudno złamać własne porozumienie. Jednocześnie jego realizacja może przynieść dramatyczne efekty. Niekontrolowana likwidacja wielu oddziałów, następczy upadek finansowy wielu szpitali i paradoksalnie bezrobocie wśród pielęgniarek w mniejszych miejscowościach lub konieczność migracji 40–50-letnich kobiet za pracą. Nie jestem sobie w stanie wyobrazić skali protestów społecznych ani reakcji rządzącej partii, która sama by sobie to sprokurowała w roku wyborczym. Pewnie skończy się to wszystką wielką rejteradą, może dymisją czy rezygnacją ministra. Jednak kolejny raz nasuwa się pytanie: czy naprawdę musimy – nawiązując do *bon motu* Kisiele o socjalizmie – tworzyć system, w którym bohatercko pokonujemy trudności nieznanne w żadnym innym systemie?

Maciej Biardzki
Autor jest ekspertem ochrony zdrowia.