



Fot. Archiwum

# Zostaliśmy nauczeni, że tylko szpital naprawdę leczy

Szerokim echem odbiła się wypowiedź prof. Grodzkiego, że powinniśmy brać przykład z Danii, która radykalnie zreformowała system lecznictwa szpitalnego. Przykładając liczbę ludności Polski do warunków duńskich, w Polsce powinny funkcjonować 132 szpitale zamiast obecnych ponad 1000. Natychmiast odezwały się głosy, że to zamach na polski system ochrony zdrowia. Głosy tym ciekawsze, że pochodzące od osób, które nie tak dawno chciały ograniczyć liczbę szpitali w sieci PSZ do 100 (z obecnych prawie 600), czy twierdzących, że 180 lecznic zamkniętych w zupełności w naszych warunkach wystarczy.

Jak to jest z tymi szpitalami? 180 czy 130? A może, za Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, raczej 1385? Dlaczego stan polskiej ochrony zdrowia oceniamy liczbą szpitali czy liczbą łóżek na

ku koordynacji opieki nad pacjentem. Przy bardziej skomplikowanym problemie medycznym poza szpitalem pacjent tkwi w ciągle wydłużających się kolejkach: do specjalisty, na procedurę diagnostyczną, do kolejnego specjalisty, na kolejną procedurę itd. Co robi pacjent? Postępuje racjonalnie – usiłuje rozwiązać problem za jednym zamachem, za pomocą hospitalizacji.

Można by zapytać, dlaczego w takim razie NFZ nie zwiększy nakładów na AOS, diagnostykę, POZ. Otóż nie zwiększy, bo musi finansować ponad 1000 szpitali. Co więcej, nawet gdyby zwiększył, przypuszczalnie nie rozwiązałoby to problemu, bo rynek profesjonalistów medycznych jest zamknięty i regulowany, doba ma 24 godziny i nie da się jej rozciągnąć. Słowem, poza impulsem płacowym niewiele zyskamy.

„Jestem bardzo zdziwiony, że rządzący nie chwycili koła ratunkowego rzuconego przez marszałka Grodzkiego i nie zaproponowali może nie 132, ale np. 400 jednostek”

mieszkańca? Dlaczego likwidacja nawet jednego oddziału szpitalnego (nie mówiąc o szpitalu) budzi zawsze tak wiele emocji? Dlaczego w żaden sposób nie nawiązujemy do przyjętego już w rozwiniętych krajach kanonu, że szpital jest ostatecznością, a pacjent powinien być hospitalizowany jedynie w sytuacji, kiedy nie ma szans na rozwiązanie problemu zdrowotnego w inny sposób?

No cóż. Po pierwsze, zostaliśmy nauczeni, że tylko szpital naprawdę leczy. Przez lata tłumaczono nam, że jeżeli w promieniu 20 km nie będzie przynajmniej jednej placówki lecznictwa zamkniętego, będziemy umierać z powodu braku dostępu do opieki medycznej. Nie zmieniły tego ani sprawne i dobrze wyposażone zespoły ratownictwa medycznego, ani coraz lepsza sieć drogową, ani nowoczesne śmigłowce Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. Przekonanie, że szpital jest pierwszym, a nie ostatnim punktem kontaktu z systemem opieki zdrowotnej, skutecznie utrwały chociażby zmiany w organizacji nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej, przeniesionej w całości do szpitali w 2017 r.

Po drugie, „sukces” lecznictwa szpitalnego jest funkcją niewydolności opieki ambulatoryjnej i bra-

Następna sprawa to nasz strukturalny kłopot wyjątkowo mizernego finansowania zdrowia ze środków publicznych. I niestety kolejne ustawy – czy to 6 proc. przed czterema laty, czy 7 proc. obecnie – niczego nie zmieniają. Wydatki publiczne na ochronę zdrowia (liczone wg porównywalnych, europejskich statystyk) wykazują się nieprawdopodobnym uporem i mimo wysiłków legislacyjnych Sejmu nie chcą drgnąć ponad magiczne 4,7 proc. PKB (swoją drogą, pokazuje to z jednej strony, jak bardzo kreatywna może być księgowość budżetowa, z drugiej zaś powinno być przestrogą dla zwolenników budżetowego finansowania ochrony zdrowia).

Jestem bardzo zdziwiony, że rządzący nie chwycili koła ratunkowego rzuconego przez marszałka Grodzkiego (wszak to opozycja zazwyczaj gra larum, kiedy znika choć jedno łóżko szpitalne) i nie zaproponowali może nie 132, ale np. 400 jednostek. Niezależnie od wzrostu nakładów, nie da się w takim kraju jak Polska utrzymać ponad 1000 szpitali. Przepraszam, da się, ale nie ma to sensu. To marnotrawstwo ekonomiczne i co gorsze – to szkodliwe dla pacjentów i stanu zdrowia całej populacji.