



Fot. iStockphoto.com



## TADEUSZ JĘDRZEJCZYK

Przed odniesieniem się do samego projektu nowej regulacji warto zwrócić uwagę na kontekst. Ustawa zacznie obowiązywać w 2022 r., kiedy pandemia się skończy i pozostawi szpitale w jeszcze trudniejszej sytuacji kadrowej i finansowej. Placówki będą płacić wyższe rachunki za prąd i inne dostawy, a na razie nie ma mowy o antyinflacyjnym pakiecie dla ochrony zdrowia. Ręczne sterowanie dodatkami wzmocniło jeszcze etatystyczny trend w ochronie zdrowia. Co prawda, idąc śladem wyznaczonym wcześniej przez bogatsze kraje europejskie, otworzono ścieżki dla zatrudniania w opiece medycznej imigrantów. To istotna zmiana, jednak raczej złagodzi problem niedoboru lekarzy i pielęgniarek niż go docelowo rozwiąże.

Kluczowy element nowej regulacji wprowadza zapowiadany już model kategoryzacji szpitali. Z punktu widzenia zarówno przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, jak i samorządów prowadzących szpitale model na pierwszy rzut oka wygląda atrakcyjnie, jednak wiadomo, że na wyniki finansowe podmiotów w coraz mniejszym stopniu wpływają zdolności menedżerskie ich kierownictwa, a w coraz większym decyzje Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące alokacji pieniędzy na kontrakty. W dodatku poszczególne podmioty w różnym stopniu były zaangażowane w leczenie pacjentów z COVID-19 i przynajmniej część z nich poniosła spore straty z powodu wymuszonych zaburzeń działalności podstawowej.

Restrukturyzacja długów szpitalnych to oczywisty problem do rozwiązania i obligatoryjna restrukturyzacja jednostek w najtrudniejszej sytuacji jest konieczna, jednak w pierwszej kolejności resort powinien rozliczyć wszystkie koszty poniesione przymusowo przez szpitale w czasie pandemii.

Na papierze atrakcyjnie wygląda kwestia grup zakupowych. Czy w praktyce takie rozwiązanie się sprawdzi, czy będzie raczej prowadziło do zakupu u preferowanych przez rząd dostawców? Nawet jeśli organizacja zakupów będzie przebiegała w sposób konkurencyjny i transparentny, warto pomyśleć o wstawieniu bezpiecznika przeciwko monopolizacji lub oligopolizacji rynku dostaw i wyeliminowaniu mniejszych dostawców.

Podsumowując – projekt jest bezpieczniejszy od pierwotnych założeń przedstawionych w samym środku pandemii, jednak w praktyce okaże się zapewne kolejnym planem – nazwijmy go D, który nie zmieni trwale sytuacji szpitalnictwa.

Tadeusz Jędrzejczyk, dyrektor Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego, były prezes Narodowego Funduszu Zdrowia