

W polskich szpitalach jak w soczewce skupiają się problemy gospodarcze, naukowe i społeczne

PARADOKS



WIECZNIE ŻYWY

Jeden z bohaterów opowiadań Michała Zoszczenki, satyryka czasów Lenina, zasypia z myślą: „Sporządzić 25-letni plan rozwoju gospodarki – mam na to trzy dni”. Polskie szpitale – zgodnie z wymogami Unii Europejskiej – muszą spełniać standardy medyczne, sanitarne, informatyczne, budowlane i inne w 2016 r. Zostały nam zatem trzy lata. Tymczasem większość placówek ciągle tkwi w połowie XX wieku. Anachroniczność systemu polega na tym, że mamy wyspy światowej medycyny – kliniki kierowane przez najwybitniejszych lekarzy – na morzu bezładu, chaosu, niedofinansowania i dezynwoltury lokalnych władz oraz szefów placówek medycznych.

Jak wynika z raportu przygotowanego przez Związek Powiatów Polskich, ok. 150 szpitali mieści się w budynkach wzniesionych ponad 70 lat temu. Zdarzają się jednak perełki – placówki funkcjonujące w obiektach powstałych jeszcze z inicjatywy zaborców – w XVIII i XIX wieku.

Pomniki wątpliwej chwały

Niemal połowa szpitali powstała w latach 60. i 70. ubiegłego wieku, za rządów pierwszych sekretarzy Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej Wiesława Gomułki oraz Edwarda Gierka. Wtedy nowoczesne, dziś są niszczone pomnikami chwały przewodniej siły narodu i obciążeniem dla samorządów, które nie mają pieniędzy na ich modernizację. Co gorsza – na wschodzie Polski problemem są niedobory łóżek, a na zachodzie ich nadmiar.

Oszacowano, że tylko na modernizację infrastruktury polskich szpitali potrzeba aż 58 mld zł. Inwestycje w placówkach wojewódzkich i resortowych pochłoną 23 mld zł, w powiatowych, prowadzonych przez miasta na prawach powiatu oraz w spółkach powstałych na bazie przekształconych samorządowych SPZOZ-ów – 20 mld zł, w szpitalach prywatnych – 8 mld zł, w klinicznych – 7 mld zł. Warto też zauważyć, że 58 proc. kwoty 58 mld zł stanowią niezbędne nakłady na budowę, przebudowę i rozbudowę, a 42 proc. – na wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną.

Bez pieniędzy, bez perspektyw

Paradoks i anachronizm obecnej sytuacji polega na tym, że nie ma żadnego mechanizmu, który pozwoliłby pozyskać fundusze na pokrycie niezbędnych wydatków. W budżecie państwa nie ma pieniędzy (nawet na szpitale nadzorowane przez resorty), a samorządy większy kłopot mają z lokalnymi drogami, kanalizacją, przedszkolami i zakładają, że placówki medyczne przed upadkiem uchroni NFZ.

Nie zadziałał także system PPP. Powiedzmy wprost: partnerstwo publiczno-prywatne w obszarze ochrony zdrowia praktycznie nie istnieje. Cała Polska patrzy na pilotażowy projekt w Żywcu, z którego realizacją są ogromne kłopoty. W 2014 r. miał już stać nowy szpital, samorząd powiatowy zrobił, co należało, ale budowa nawet nie ruszyła. Z kolei o bankach można zapomnieć – koszt pozyskania kapitału na przedsięwzięcia infrastrukturalne jest tak wysoki, że zniechęca do sięgania po wsparcie w formie kredytów, pożyczek czy też do emitowania obligacji. Przedstawiciele sektora bankowego podkreślają, że w wspieraniu projektów inwestycyjnych w medycynie nie sprzyja niestabilność systemu ochrony zdrowia oraz brak długookresowej strategii jego działania.

Geografia białego personelu

Kolejnym węzłem gordyjskim są kłopoty kadrowe. Z opublikowanego w zeszłym roku raportu OECD wynika, że mamy najmniej liczną kadrę lekarzy (mniej jest

tylko w Czarnogórze), ale niezłą liczbę pielęgniarek. Niestety, nie są one delegowane do wykonywania wielu czynności, które absorbują lekarzy. Innym problemem – jak podkreśla z kolei Najwyższa Izba Kontroli – jest ich „rozłożenie geograficzne”. Z raportu NIK wynika bowiem, że do dziś Ministerstwo Zdrowia nie ustaliło dokładnej liczby pielęgniarek czynnych zawodowo. Co gorsza, nie wie też, ile pielęgniarek brakuje w szpitalach w całym kraju i poszczególnych województwach. Z tych powodów mieszkańcy niektórych regionów ciągle mają gorszy dostęp do świadczeń zdrowotnych o odpowiedniej jakości.

**NA MODERNIZACJĘ INFRASTRUKTURY
POLSKICH SZPITALI POTRZEBA AŻ 58 MLD ZŁ.
INWESTYCJE W PLACÓWKACH WOJEWÓDZKICH
I RESORTOWYCH POCHŁONĄ 23 MLD ZŁ,
W POWIATOWYCH 20 MLD ZŁ,
W SZPITALACH PRYWATNYCH 8 MLD ZŁ
I W KLINICZNYCH 7 MLD ZŁ**

Brak kontroli i nadzoru

Innym problemem jest gospodarka pieniędzmi przeznaczonymi na żywienie i utrzymanie czystości. Mimo że średni budżet żywieniowy szpitala pochłania aż 6 proc. całkowitego budżetu placówki, a na rynku cateringu istnieje wyjątkowo silna konkurencja, większość szefów placówek medycznych – jak wynika z kolejnego raportu NIK – nie interesuje się obniżeniem kosztów wyżywienia. Podobnie jest z dysponowaniem środkami na higienę – w efekcie kolejne kontrole wskazują, że stan czystości w wielu polskich szpitalach jest niezadowolający. Wielokrotnie NIK wykazywała, że niektórzy dyrektorzy w ogóle nie kontrolowali skuteczności opracowanych procedur higienicznych i co dziwne – zgadzali się na stosowanie środków chemicznych przeznaczonych do gospodarstw domowych zamiast używać tańszych i skuteczniejszych preparatów profesjonalnych.

Kolejnym anachronizmem jest sprzęt medyczny. Co prawda firma analityczna PMR prognozuje, że od 2013 r. dynamika wzrostu wartości rynku sprzętowego wyniesie ponad 25 proc., ale w polskich szpitalach ciągle można znaleźć archaiczne wyposażenie, którego wady są traktowane równie niefrasobliwie jak zalecenie mycia rąk po wyjściu z ubikacji przez małuchów. Kontrola NIK wykazała, że pacjenci badani za pomocą specjalistycznych urządzeń medycznych ciągle nie mają gwarancji bezpieczeństwa podczas wykonywania tej usługi. Aż 88 proc. zakładów opieki zdrowotnej nie gwarantuje

**ZUPEŁNYM ANACHRONIZMEM
SĄ DZIAŁAJĄCE OBOK SIEBIE SYSTEMY
– PUBLICZNY I PRYWATNY.
DOTYCHCZAS ŻADNA Z EKIP POLITYCZNYCH
NIE MA POMYSŁU, JAK SCALIĆ ICH FUNDUSZE.**

towało – według NIK – warunków bezpiecznego użytkowania urządzeń rentgenowskich. Aparatura medyczna była w znacznym stopniu wyeksploatowana (najstarsze z urządzeń odkrytych przez kontrolerów miały ponad 40 lat), a połowa zakładów nie zachowywała należytej staranności w utrzymaniu jej właściwego stanu technicznego. Kontrolerzy NIK odkryli również skandaliczne przypadki użytkowania urządzeń, o których było wiadomo, że nie spełniają norm radiologicznych i narażają pacjentów oraz personel na nadmierną dawkę promieniowania. W jednej piątej placówek aparaty rentgenow-

skie działały bez wymaganej dokumentacji, a w co czwartej ktoś z obsługi nie miał odpowiedniego przygotowania.

Publiczny i prywatny

Zupełnym anachronizmem są jednak działające obok siebie systemy – publiczny i prywatny. Podczas gdy pierwszy dysponuje 60 mld zł, drugi ma do dyspozycji kolejne 30 mld zł. Pieniądze z pierwszego wydawane są przez NFZ, drugi jest zasilany z kieszeni prywatnych. Dotychczas żadna z ekip politycznych nie ma pomysłu, jak te fundusze scalić. Tymczasem wystarczy wprowadzić system dodatkowych ubezpieczeń, otworzyć rynek dla firm zarządzających szpitalami (w krajach starej Unii Europejskiej zajmują się tym firmy ubezpieczeniowe i fundusze inwestycyjne), a państwu odebrać rolę ustawodawcy, dysponenta pieniędzy, regulatora oraz kontrolera i postawić jedno zadanie – egzekutora prawa.

Jacek Szczęsny

Zbyszko Przybylski ekspert Polskiej Federacji Szpitali, prezes Zarządu Szpitala Powiatowego we Wrześni

Polskie szpitale cierpią na nadmiar, przybytek, od którego aż głowa boli. Nadmiar sprzętu, nadmiar specjalistów. Wszystko przez politykę płatnika, ciągle zaostżane i nierozsądne wymagania. Sprzęt najnowszej generacji ma być na stałe w wyposażeniu, mimo że nie ma mowy o zapewnieniu mu odpowiedniego obłożenia. Ma być – bo nie będzie kontraktu. Specjalista wysokiej klasy, którego usługi potrzebne są naprawdę kilka razy w tygodniu, ma dyżurować na stałe – bo inaczej nie



foto: Mateusz Babrowski/fotorepa

będzie kontraktu. W tej sytuacji nie ma mowy o rozsądnym zarządzaniu personelem czy sprzętem. Trzeba wszystko kupić w nadmiarze, na wszelki wypadek, by dostać kontrakt. W tej sytuacji tracimy ok. 80 proc. funduszy nie na rzeczywiste leczenie pacjenta, ale na utrzymywanie odpowiedniej struktury w stanie ciągłej gotowości, nieustającego dyżuru.

Mamy zatem nadmiar lekarzy różnych specjalności i odpowiednio wykwalifikowanych pielęgniarek, personel, który – o ile nie zdarzy się masowy wypadek komunikacyjny czy inny kataklizm – trudni się dyżurowaniem, a nie wykonaniem konkretnych zadań medycznych. To nas wiele kosztuje.

Maciej Murkowski ekspert rynku ochrony zdrowia

Absurdem w działaniu polskich szpitali jest ich kompletne niedostosowanie do obserwowanych od lat trendów demograficznych. Brakuje oddziałów nisko wyspecjalizowanych: rehabilitacyjnych czy opiekuńczo-leczniczych. Po części to skutek nieszczęsnego zarządzenia, które działalność w tym zakresie wyjęło z kompetencji Ministerstwa Zdrowia i przekazało Ministerstwu Pracy i Spraw Społecznych. Przekazało z resortu do resortu – i stało się źle. Zgodnie z podziałem kompetencji szpitale nie dostają wy-



foto: Archiwum

godzenia za działalność opiekuńczo-leczniczą, ale równocześnie muszą przyjmować pacjentów potrzebujących takich świadczeń, bo tak się składa, że jest na nie wielkie zapotrzebowanie, a instytucje powołane do ich udzielania zawodzą. W efekcie ludzie niewymagający intensywnej czy wysoko wykwalifikowanej pomocy trafiają na wysoko wyspecjalizowane oddziały, a koderzy wynajdują rozmaite kody chorób, sposoby obejścia przepisów, by uzyskać pieniądze za ich pobyt. To niepotrzebne, a problem będzie narastał w miarę starzenia się polskiego społeczeństwa.

Krzysztof Kuszewski
kierownik Zakładu Organizacji
i Ekonomiki Ochrony Zdrowia
oraz Szpitalnictwa PZH

Podstawowym i trudnym do zwalczania problemem i anachronizmem jest przerost ambicji zarządzających szpitalami, a co za tym idzie – kompletne niedostosowanie misji tych placówek do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych społeczności, której służą. Szpitale powiatowe na przykład tworzy się tak, jakby ich zadaniem było zaspokojenie wszystkich potrzeb zdrowotnych i leczenie wszystkich chorób, które mogą zagrozić mieszkańcowi powiatu. I nie jest ważne, że oddział szpitalny



foto: Wojciech Olkuśnik/Agencja Gazeta

w powiecie potrzebny jest miesięcznie kilku pacjentom, których można i należałoby (ze względów medycznych i finansowych) odesłać do szpitala o wyższej referencyjności. Ważna jest zaspokojona ambicja: „w powiecie mamy neurochirurgię”. Ambicja, za którą stoją konkretne układy personalne (np. brat kolegi właśnie kończy specjalizację w neurochirurgii).

W efekcie w Polsce mamy wiele niepotrzebnych, słabo funkcjonujących oddziałów, których personel zbyt rzadko ma okazję do pracy, a częściej do dyżurowania. Bo nie umiemy tak zorganizować sieci leczniczej, by jej elementy miały dość pracy (ani za dużo, ani za mało) i współpracowały ze sobą właściwie.

Maciej Hamankiewicz
prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Podstawowym anachronizmem polskiego systemu ochrony zdrowia, czyli otoczenia, w jakim działają szpitale, jest mnogość wymagań stawianych SPZOZ-om bez zapewnienia finansowania świetlistych pomysłów resortu i jego szefa. Wobec takich wymagań Ministerstwa Zdrowia zarządzający placówkami medycznymi skupiają się na omijaniu nakazów zamiast na ich realizacji. A wszystko odbywa się w sytuacji, gdy placówki ochrony zdrowia mają problemy z budynkami, w których prowadzą działalność, z niedofinansowaniem i ogromnymi długami wynikającymi m.in. z nadwykonania. Najdrobniejszym przykładem są opaski na nadgarstkach pacjentów. Kosztowały masę pieniędzy, a pacjenci nie chcą ich nosić. Anachroniczne są wymagania – od 2016 r. – dostępu do łóżka z trzech stron. Gdyby w pełni je



foto: PAP/Grzegorz Michalowski

zrealizować, trzeba by w niektórych placówkach zlikwidować 70 proc. łóżek. To z kolei spowodowałoby ograniczenie kontraktu o 70 proc. i zmniejszenie dostępności usług medycznych dla okolicznej ludności.

Największym anachronizmem jest ustawa, w myśl której wszystko należy się wszystkim. Nikt nie chce stworzyć koszyka świadczeń gwarantowanych, a Trybunał Konstytucyjny odrzucił skargę samorządu, co oznacza, że leczenie jest sprawą polityczną, a nie medyczną.

Absurdem jest to, że Polacy nie mogą się doczekać wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń, a funkcjonuje wzorzec firm abonamentowych, które są dobre, ale tylko wtedy, gdy pacjenci są zdrowi. Taka sytuacja doprowadzi do tego, że lekarze udadzą się na emigrację – nie poza granice kraju, tylko do NZOZ-ów.

Jacek Chrzczanowicz
prezes Stowarzyszenia
Ku Pokrzepieniu Serc

Catkowitym anachronizmem jest wprowadzony przez ministra zdrowia system tzw. dwunastek, w myśl których lekarz pracuje na 12-godzinnych dyżurach. Taki system powoduje, że lekarze „znikają” potem na trzy dni, a pacjenci mają gorszą opiekę. Zwróciłbym uwagę na anachronizm polegający na konieczności zatrudnienia przez szpitale rehabilitanta, podczas gdy pacjent kardiologiczny potrzebuje lekarza, a nie rehabilitanta ruchowego.



foto: Archiwum

Kompletnym anachronizmem jest też zaniechanie polegające na tym, że pacjent po ostrym zespole wieńcowym nie jest kierowany na rehabilitację tylko niemal pozostawiony sam sobie.