

Uwagi do projektu ustawy  
z 26 września  
o zmianie ustawy  
o świadczeniach  
opieki zdrowotnej  
finansowanych  
ze środków publicznych

**PROJEKT**

**DO POPRAWKI**

Fot. PAP/Jacek Turczyk

Celem planowania szpitali i ich sieci w krajach Unii Europejskiej jest utrzymywanie optymalnej liczby i rozmieszczenia szpitali z odpowiednią strukturą podaży świadczeń, uwzględniającą aktualne i prognozowane zapotrzebowanie populacji i optymalne wykorzystanie istniejącej bazy. Tymczasem opiniowany projekt resortu całkowicie pomija takie problemy, jak wspomniane wyżej rzeczywiste zapotrzebowanie zdrowotne populacji i jego korelacja z aktualnie przygotowywanymi mapami potrzeb zdrowotnych oraz istniejącymi zasobami szpitali.

Bardzo interesujące opracowanie w tym zakresie zostało przygotowane przez Ministerstwo Zdrowia Francji (*Cartes régionales sur la recomposition hospitalière* – Paryż 1998 r.). Pomimo wielu lat funkcjonowania jest ono stale aktualne i służy jako pożyteczny wzór dla wielu krajów UE. Z kolei w Niemczech plan rozmieszczenia szpitali (*Krankenhausplan*) zawiera wykaz decyzji o lokalizacji szpitali oraz informacje o strukturze oddziałów w odniesieniu do poszczególnych specjalności i o charakterze opieki (krótko-, względnie długoterminowa, dzienna, paliatywno-hospicyjna). W rozpisanej tam sieci znajdują się szpitale zarówno publiczne, jak i niepubliczne, bowiem o tym, czy dana placówka zostanie wpisana do sieci, decyduje jakość świadczeń, a nie charakter własności zakładu. Niemiecka sieć szpitali posiadających szpitalne oddziały ratunkowe (SOR) i centra urazowe dla dzieci i dorosłych stanowi podstawę działania systemu medycyny ratunkowej i tym samym jest gwarantem bezpieczeństwa zdrowotnego ludności.

Jak widać, jest skąd czerpać wzorce. Dlaczego więc znów błądzimy po omacku?

#### Podstawowe uwagi do projektu

Po pierwsze, można mówić wyłącznie o systemie szpitalnego (stacjonarnego) zabezpieczenia świadczeń, więc słowo „podstawowy” system użyte jest w tym przypadku niewłaściwie. Trzeba jednocześnie podkreślić, że system zabezpieczenia szpitalnego (czy lepiej – stacjonarnego) wykracza poza szpitale ostre i obejmuje z jednej strony szpitale dzienne, a z drugiej strony szpitale opieki długoterminowej, ośrodki opieki paliatywnej itp.

Po drugie, zaproponowane w projekcie poziomy referencyjne szpitale są niezrozumiałe. Dotąd zawsze mówiliśmy o I poziomie (szpitale powiatowe), II poziomie (szpitale wojewódzkie), III poziomie (szpitale uniwersyteckie i regionalne ośrodki wysokospecjalistyczne, np. centra onkologiczne czy leczenia oparzeń) i IV poziomie (szpitale instytutów resortowych). Można się ewentualnie zgodzić na zaliczenie szpitali klinicznych do IV poziomu, ale nieuzasadnione jest wydzielanie poziomów dla szpitali pulmonologicznych (których jest znikoma liczba) czy pediatrycznych.



PAP/Jakub Kamiński

## Dariusz Oleński dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej

Jestem dyrektorem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego, w którym wielkość kontraktu z NFZ to 94 proc. przychodu. Liczba łóżek w placówce to 660, zatrudniam 1250 pracowników. W ostatnich pięciu latach szpital zainwestował w diagnostykę obrazową we wszystkich zakresach, choroby zakaźne, ftyzjopulmonologię, AOS, onkologię, SOR, kardiologię i rehabilitację. Wartość tych inwestycji to 100 mln zł. Korzystaliśmy ze środków UE, i to w bardzo dużym zakresie. W minionej perspektywie finansowej były to kwoty zbliżone do 50 mln zł. Dla większości projektów okres trwałości już upłynął, zatem nie spodziewam się problemów. Sądzę również, że trwałość innych projektów będzie zachowana.

Mój szpital znajdzie się prawdopodobnie na III poziomie, jeżeli nie zostanie zakwalifikowany do innych. Na podstawie dotychczas przeprowadzonej analizy sądzę, że finansowanie naszej placówki się nie zmieni. Dotychczas mamy stabilną sytuację finansową i myślę, że tak pozostanie.

Co się stanie, jeśli szpital nie wejdzie do sieci? Nie biorę pod rozwagę takiej sytuacji, że nasz szpital nie znajdzie się w państwowej sieci szpitali. Spełniamy w stu procentach warunki określone w projekcie rozporządzenia.

Gdybym mógł zarekomendować jakieś rozwiązanie dotyczące sieci szpitali, to byłoby to ulokowanie podstawowych oddziałów onkologii klinicznej w drugiej lub trzeciej kategorii szpitali. Dałoby to jasny, jednoznaczny obraz kategorii szpitala wieloprofilowego. Tym bardziej, że w wielu zakresach szpitale mają wyodrębnione z kontraktu z NFZ tzw. pakiety onkologiczne i realizują je z powodzeniem – z korzyścią dla pacjentów. Oddziały onkologii klinicznej są bardzo ważnym spięciem działalności w pakiecie onkologicznym, ponieważ zapewniają tak oczekiwaną kompleksowość świadczeń.

Po trzecie, szpital zaliczony w projekcie do określonego poziomu nie może legitymować się tylko określonym profilem świadczeń poszczególnych oddziałów. Projekt nie bierze pod uwagę wzrastającej w szpitalnictwie słusznej tendencji do odejścia od podziału na oddziały (profile) i przejścia na system sektorowy, inaczej konsultancki (jeden oddział zabiegowy i jeden oddział zachowawczy). Nie ma żadnych przeciwwskazań, aby na przyszłym oddziale zabiegowym szpitala hospitalizowani byli pacjenci po operacjach z zakresu chirurgii ogólnej, chirurgii urologicznej, laryngologii, okulistyki itd.

Poza tymi dwoma głównymi oddziałami w placówkach funkcjonują także oddziały matki i dziecka (pediatria i położnictwo z neonatologią) oraz tzw. *emergency* (SOR, centrum urazowe).

Wiadomo także, że najistotniejszym modułem szpitala „ostrego” nie są łóżka i ich profil, który niejednokrotnie ulega zmianie w procesie restrukturyzacji, lecz znacznie ważniejszy jest potencjał działu diagnostycznego oraz działu zabiegowego, a także niezbędne zaplecze łóżek OIT i odpowiednia do potrzeb poradnia przyszpitalna.

### Będzie „betonowanie”

Należy przyjąć, iż w każdym szpitalu „ostрым” powinny być co najmniej trzy sale operacyjne na bloku operacyjnym (w tym jedna w rezerwie dla potrzeb SOR), jedna sala operacyjna do cięć cesarskich na bloku porodowym, co najmniej jedna sala operacyjno-zabiegowa na SOR (jeżeli szpital posiada SOR) oraz jedna sala operacyjno-zabiegowa na dziennym oddziale chirurgii jednego dnia (łącznie co najmniej sześć sal operacyjnych i operacyjno-zabiegowych).

Ponadto szpital musi mieć wymagane warunki infrastrukturalne (lokal, wyposażenie, kadra). Dotyczy to również warunków pobytu pacjentów. W tym kontekście takie jednostki, jak szpital Instytutu Matki i Dziecka czy Klinika Położnictwa i Ginekologii WUM na pl. Starynkiewicza w Warszawie z powodu wiekowej infrastruktury nie powinny otrzymać kwalifikacji do IV poziomu opieki.

Należy raz jeszcze podkreślić, że liczba łóżek i ich profil są wtórne i ulegają zmianom w zależności od zmieniających się potrzeb zdrowotnych, ostatnio częściowo sygnalizowanych na przygotowywanych (jeszcze bardzo niedoskonałych) mapach potrzeb zdrowotnych.

Po czwarte, propozycja zawarta w projekcie, iż dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ ma dokonywać kwalifikacji szpitali do poszczególnych poziomów, nie jest właściwa. Może to bowiem prowadzić do kolejnego tzw. zabetonowania istniejącej sytuacji w polskim szpitalnictwie. Kwalifikacji tej powinien dokonywać wojewoda, opierając się na precyzyjnych kryteriach zawartych w odpowiednim rozporządzeniu ministra zdrowia.

### Pominięte problemy

Po tym bardzo pobieżnym przeglądzie zapisów projektu ustawy nasuwa się generalny wniosek, że w obecnym kształcie jest on nie do przyjęcia. Jego grzechem głównym jest powierzenie jego opracowania Departamentowi Ubezpieczenia Zdrowotnego MZ. Ponadto nie omawia on 90 proc. treści, które powinien zawierać, a o których wspomniano wyżej. W tym kontekście odbiega także bardzo negatywnie od projektu sieci przygotowanego przez śp. ministra Religę w 2007 r.

Ustawa o planowaniu szpitali i ich sieci powinna być albo odrębną ustawą, albo ważną częścią ustawy

o szpitalach (na wzór ustawy holenderskiej), której brak w Polsce był wielokrotnie sygnalizowany. Włączenie tematyki sieci szpitali do korekty ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest rozwiązaniem błędnym i nie znajduje żadnego uzasadnienia. Za błędne należy uznać także całkowite pominięcie w projekcie najważniejszego dla szpitali problemu jakości świadczeń. Dla pacjenta nie ma znaczenia, kto jest organem założycielskim szpitala i czy jest to podmiot prywatny czy publiczny. Najważniejsza jest dla niego informacja o jakości świadczeń, obejmująca również aktualną infrastrukturę szpitala i zatrudnioną kadre.

Bez należytego rozwiązania problemu jakości świadczeń, potwierdzonej obligatoryjnym certyfikatem jakości ISO, przystępowanie do projektów uregulowania sieci szpitali (zaproponowanej po raz pierwszy w 1997 r. w opracowaniu „Krajowy plan rozmieszczenia zakładów stacjonarnej opieki zdrowotnej” przygotowanym przez Zakład Szpitalnictwa byłego Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia w Warszawie) jest przedwczesne.

### Kuriozalne rozwiązania

Także do uzasadnienia projektu ustawy można wnieść kilka podstawowych uwag. Przede wszystkim kuriozalne jest łączenie z zabezpieczeniem szpitalnym nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, przynależnej integralnie do POZ, a wprowadzanie sześciu poziomów zabezpieczenia zamiast dotychczasowych czterech wywołuje niepotrzebne zamieszanie merytoryczne i nie jest uzasadnione. Co więcej, nie rozważono wprowadzenia poziomów opieki dla poszczególnych oddziałów.

W uzasadnieniu projektu zapisano, że jednym z celów ustawy ma być poprawienie dostępu do świadczeń (pkt 3) oraz zoptymalizowanie liczby oddziałów specjalistycznych. Są to puste hasła, gdyż projekt nie zawiera żadnych narzędzi, które można byłoby w tym celu wykorzystać. Ta sama uwaga dotyczy uelastycznienia zarządzania szpitalem, optymalizacji struktury kosztów leczenia oraz koordynacji świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych.

Na stronie 3 uzasadnienia w punkcie 1 błędnie zakłada się, że SOR nie funkcjonują na IV poziomie referencyjnym. Jest to nieporozumienie, bowiem przykładowo w Warszawie SOR są w centralnych szpitalach klinicznych MON, MSWiA czy WUM (szpital dziecięcy na Trojdena, szpital na Banacha, Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus na Nowogrodzkiej).

W projekcie nie uwzględniono też szpitali dziennych i szpitali długoterminowych (głównie o profilu rehabilitacyjnym).

### Uwagi do projektu rozporządzenia

Ustawodawca przygotował też projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia profili

LICZBA ŁÓŻEK I ICH PROFIL SĄ WTÓRNE

I ULEGAJĄ ZMIANOM W ZALEŻNOŚCI

OD ZMIENIAJĄCYCH SIĘ POTRZEB

ZDROWOTNYCH

charakteryzujących poziomy systemu zabezpieczenia oraz kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do tych poziomów, po którego lekturze również nasuwa się cały szereg uwag. Już na początku, w paragrafie 2, jest mowa o „podstawowym” zabezpieczeniu, co jest całkowitym nieporozumieniem.

Na poziomie I (szpitale powiatowe) niezrozumiałe jest zastosowanie terminu „wszystkie poziomy referencyjne” w odniesieniu do „położnictwa i ginekologii oraz neonatologii”, a także pominięcie łóżek OIT, które choć w znikomej liczbie, to jednak już występują w szpitalach powiatowych i są pierwszym gwarantem bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów w opiece stacjonarnej. Na I poziomie coraz częściej występują także (co jest pozytywnym zjawiskiem) oddziały rehabilitacyjne oraz opieki paliatywnej, co zostało całkowicie pominięte w projekcie rozporządzenia. Z kolei na II poziomie (szpitale wojewódzkie) pominięto takie oddziały, jak interna i chirurgia ogólna, OIT, pulmonologia, hematologia, choroby zakaźne, psychiatria, pediatria oraz położnictwo i ginekologia. Jest to całkowicie niezrozumiałe. Nie uwzględniono również, funkcjonujących coraz częściej na tym poziomie, oddziałów dziennych. Jeśli chodzi o III poziom (ośrodki wyspecjalistyczne o oddziaływaniu ponadwojewódzkim), to w projekcie nie ma żadnej wzmianki o tak potrzebnych ponadwojewódzkich centrach leczenia oparzeń, centrach urazowych itp. Do tego poziomu przynależą także integralnie ośrodki onkologiczne.

Brakuje uzasadnienia dla wydzielania poziomów dla szpitali onkologicznych, pulmonologicznych i pediatrycznych.

Zamiar kwalifikowania świadczeniodawców na I poziomie opieki, którzy udzielają świadczeń w ramach co najmniej dwóch profili, budzi niepokój powrotu do tzw. izb chorych, funkcjonujących w Polsce przed II wojną światową.

Prezentowane uwagi przygotowane zostały w nadziei, że przyczynią się, razem z wieloma innymi krytycznymi opiniami i stanowiskami środowiska zawodowego, do niezbędnej generalnej zmiany podejścia Ministerstwa Zdrowia do rozwiązywania tej tak ważnej problematyki, jaką jest planowanie i związana z nim sieć szpitali.

Maciej Murkowski

Autor jest wykładowcą akademickim w Wyższej Szkole Inżynierii i Zdrowia oraz Wyższej Szkole Menedżerskiej w Warszawie.