

Czy stać nas na dalsze pozostawianie szpitali w gestii nieprofesjonalnych samorządów



## Taki powiat, taka gmina

Czy samorzady są przyczyną kłopotów polskich szpitali? Czy może ratują je przed zupełnym pogrążeniem się? Zdania są podzielone. Na kolejnych stronach prezentujemy dwugłos w tej sprawie. Na str. 20 wypowiedź Marka Wójcika, który broni obecnego modelu. Krytyczny wobec obowiązujących rozwiązań pozostaje Maciej Murkowski. Jego analiza poniżej.

Od lat reprezentuję pogląd, że zła sytuacja w polskiej opiece zdrowotnej jest pochodną szerszego problemu, którym są nieszczęsne dla kondycji Polski tzw. reformy rządu premiera Buzka. Przed reformą Buzka, czyli do 1999 r., w istniejących 49 urzędach wojewódzkich funkcjonowały wydziały zdrowia, które odpowiadały za funkcjonowanie wszystkich szpitali działających w formie ZOZ-ów na terenie województwa. Zapewniały finansowanie z budżetu, prowadziły nadzór merytoryczny przy współpracy wojewódzkich nadzorów specjalistycznych, odpowiadały za niezbędne procesy restrukturyzacyjne jednostek, dbały o zaspokojenie najważniejszych potrzeb zdrowotnych, poczynając w szpitalnictwie od oddziałów intensywnej terapii, zaplecza diagnostycznego i zabiegowego. Stymulowały również podejmowanie przez jednostki procesów inwestycyjnych i monitorowały ich kierunki.

### Przeminęło z wiatrem historii

Wszystkie te działania zostały zniszczone po wprowadzeniu reformy administracji publicznej w 1999 r. Na szczeblu nowych, dużych województw powstały dwa całkowicie dublujące się ośrodki, czyli urzędy wojewódzkie i urzędy marszałkowskie. Działalność tych urzędów w żadnym aspekcie merytorycznym nie zastąpiła zlikwidowanych wydziałów zdrowia 49 urzędów wojewódzkich. Powstała ogromna luka w zakresie koordynacji fachowej działalności szpitali (wydziały zdrowia urzędów marszałkowskich zostały podporządkowane bieżącej polityce partyjnej zarządu województwa). Odbija się to do dzisiaj bardzo niekorzystnie na braku jakiegokolwiek merytorycznej polityki w odniesieniu do szpitali, których organem założycielskim jest samorząd wojewódzki.

### Przeciąganie liny

Dla przykładu – w Warszawie samorząd wojewódzki beztrąsko zlikwidował dawny Szpital Kolejowy przy ul. Brzeskiej zamiast przekształcić go w szpital geriatryczny, potrzebny w stolicy od lat. Ten sam samorząd od wielu lat blokuje przekazanie dawnego Szpitala Kolejowego w Pruszkowie zarządowi powiatu pruszkowskiego, który w swojej gestii ma tylko jeden niewielki szpital, niezabezpieczający potrzeb dużej pruszkowskiej aglomeracji.

Jeszcze gorsza sytuacja jest w istniejących 380 powiatach, które przejęły jako organy założycielskie szpitale powiatowe. Jak słusznie zwrócił uwagę Krzysztof Czerkas w artykule „Siedem grzechów przeciwko szpitalom powiatowym” („Menedżer Zdrowia” 2/2016): „najważniejsze decyzje dotyczące teraźniejszości i przyszłości szpitala powiatowego podejmuje za dyrekcję szpitala zarząd powiatu”. Ustalmy w tym miejscu, że zarząd ten nie ma (bo nie może mieć) żadnego przygotowania fachowego do podejmowania jakichkolwiek decyzji merytorycznych dotyczących opieki zdrowotnej.

„ Powstały dwa całkowicie dublujące się ośrodki, czyli urzędy wojewódzkie i marszałkowskie. Działalność tych urzędów w żadnym aspekcie merytorycznym nie zastąpiła zlikwidowanych wydziałów zdrowia 49 urzędów wojewódzkich ”

To jest główna i podstawowa przyczyna złej i coraz gorszej kondycji szpitali powiatowych. Sytuacja ta, jak słusznie zauważa Ewa Borek, ma znaczący wpływ na przerost zatrudnienia w szpitalach samorządowych i tym samym nieracjonalnie wysokie koszty funkcjonowania szpitali powiatowych (znacznie wyższe niż w bogatej Francji).

Pamiętajmy, że w Polsce mamy wiele małych powiatów (ok. 30 tys. ludności), co przekłada się automatycznie na nadmiar małych, niewydolnych szpitali (przykład Gołdapii, Gostynina i nie tylko).

### Przedefiniowanie

Słusznie zwraca uwagę na łamach „Menedżera Zdrowia” dr Tadeusz Jędrzejczyk (były prezes NFZ), że „polskie szpitalnictwo potrzebuje najbardziej pilnego przedefiniowania swojej dotychczasowej funkcji”. I dalej: „coraz łatwiej i efektywniej można leczyć ambulatoryjnie, a jednocześnie kompleksowa pomoc ciężko chorym wymaga zaplecza kadrowego i sprzętowego przekraczającego możliwości nie tylko najmniejszych, ale nawet średnich szpitali”. To bardzo słuszne założenie jest obecnie całkowicie sprzeczne z chęciami i możliwościami szpitali samorządowych oraz z aktualnymi regulacjami ustawowymi dotyczącymi tzw. sieci szpitali.

Można to zilustrować dwoma przykładami z ostatniej chwili. W dokumencie mazowieckiego NFZ informującym o szpitalach zakwalifikowanych do sieci znalazły się m.in. tzw. szpital w Radzyminie (w rzeczywistości niewielki oddział wewnętrzny z izbą przyjęć) oraz tzw. szpital w Rudce koło Mińska Mazowieckiego (oddział chorób płuc w dawnym sanatorium przeciwgruźliczym). Już w materiałach dawnego Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia w 1997 r. („Krajowy plan rozmieszczenia stacjonarnych zakładów opieki zdrowotnej”) obie te jednostki zostały zdyskwalifikowane jako szpitale opieki krótkoterminowej z propozycją przekształcenia w zakłady opiekuńczo-lecznicze. Obok Radzymina, w odległości 13 km, funkcjonuje





For: gettyimages.com/Jonathan McHugh

„ Zarządy powiatów nie mają (bo nie mogą mieć) przygotowania fachowego do podejmowania jakichkolwiek decyzji merytorycznych dotyczących działalności opieki zdrowotnej ”

300-łóżkowy szpital w Wołominie zapewniający kompleksową opiekę również dla ludności Radzimina. Chorym na nowotwory płuc hospitalizowanym dotąd w Rudce nowoczesną i kompleksową opieką zapewnia Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach, ostatnio rozbudowywany w zakresie zaplecza onkologicznego.

W tym miejscu aż się prosi wspomnieć o potrzebie aktualnego i pilnego zdefiniowania szpitala opieki krótkoterminowej. W żadnym z międzynarodowych materiałów do grupy szpitali „ostrych” nie zakwalifikowano by oddziału wewnętrznego w Radziminie.

### Polityka NFZ

Na całość tej niekorzystnej sytuacji wg Ewy Borek nakłada się fatalna polityka NFZ promująca pobyty diagnostyczne 2-dniowe, które kosztują 10 razy więcej, niż gdyby badać pacjenta ambulatoryjnie lub na dziennym oddziale szybkiej diagnostyki (które dotąd nie są finansowane przez NFZ), oraz ogólny brak szerokiego stosowania procedur jednodniowych w wydzielonych strukturach, które zapewniają prawie połowę leczenia szpitalnego w krajach Unii Europejskiej. Nieliczne szpitale dzienne oraz szpitale psychiatryczne nie zostały zakwalifikowane do sieci.

### Nieosiągalne czy osiągalne

W czerwcu 2017 r. na spotkaniu dyrektorów szpitali województwa świętokrzyskiego z udziałem ministra zdrowia w Kielcach dyrektor szpitala w Busku-Zdroju Grzegorz Lasak zaproponował odebranie szpitali samorządom i... przekazanie ich wojewodom. Stwierdził zasadnie, że dzięki temu inwestycje w ochronie zdrowia byłyby bardziej przemyślane. Minister Radziwiłł skwitował wystąpienie dyrektora Lasaka dwoma słowami: *mission impossible*. I tutaj minister się myli. Ludowa mą-

drość mówi przecież, że dopóki człowiek żyje, wszystko jest możliwe!

W wypowiedzi dla „Menedżera Zdrowia” z 3 lipca 2017 r. Piotr Szenk, dyrektor Szpitala Powiatowego w Sochaczewie, poparł dyrektora Lasaka i stwierdził m.in.: „Zupełnie niezależnie od dyrektora Lasaka, przy okazji prac nad siecią szpitali i mapami potrzeb zdrowotnych, mówiłem o podobnym rozwiązaniu. Uważam, że obecna struktura szpitali nie funkcjonuje tak, jak powinna. Powód? Nierówny podział środków na cele inwestycyjne [...]. Wszystkie szpitale, z wyjątkiem instytutów i szpitali *stricte* klinicznych, powinny trafić w ręce jednego właściciela. Obecna konstrukcja powoduje potężne nierówności w dostępie do środków. Szpitale, których właścicielem są miasta lub sejmiki, są bogate. Dostają pieniądze na remonty i inwestycje. Często te nakłady są wielomilionowe, zwłaszcza w dużych miastach. Problem ten jest szczególnie widoczny na Mazowszu, gdzie prezydent Warszawy pokrywa w zasadzie całość nakładów inwestycyjnych swoich szpitali lub ich znaczną część. W najgorszej sytuacji są szpitale powiatowe [...]. Powiaty w Polsce są biedne i w większości nie dają istotnych pieniędzy swoim szpitalom. Taka sytuacja sprawia, że na działalność statutową, czyli na leczenie pacjentów, mamy coraz mniej pieniędzy, ponieważ musimy rozbudowywać infrastrukturę i remontować budynki szpitala”.

### Odebrać samorządom, dać wojewodom

Do zespołu Murkowski, Lasak, Szenk dołączył także Krzysztof Łach, członek koordynujący projekt AdHopHTA, który pełni funkcję Pricing & Market Access Associate Manager w Creativ-Ceutical w Krakowie. Jego zdaniem „fakty wskazują na racjonalność propozycji Grzegorza Lasaka, aby szpitale przekazać wojewodom. Zadłużanie szpitali samorządowych trwa pomimo reform i często nie zostaje ostatecznie spłacone przez organ założycielski, bo ten ma inne ustawowe zadania. Mamy dziś do czynienia z *nadbospitalizacją*. Jest za dużo szpitali, a w nich łóżek, których jest dwa razy więcej niż lekarzy. Cóż z tego, że źródłem finansowania szpitali samorządowych w ponad 95% jest kontrakt z NFZ, jeśli nie pokrywa on wydatków inwestycyjnych (w tym na nowoczesne technologie medyczne), których jest jak na lekarstwo (ogółem ok. 7,3 mld zł, czyli 0,48% PKB). Jeśli chodzi o inwestycje, to dyrektor szpitala w Busku-Zdroju trafia w dziesiątkę. Według NIK szpitale samorządowe nie kierują się lokalnymi potrzebami ani nie znają aktualnych danych dotyczących rozmieszczenia aparatury medycznej, pomimo że udaje im się pozyskiwać środki z Unii Europejskiej na zakup nowoczesnego sprzętu. W efekcie sprzęt taki często jest nieużywany [...]. Szpitale w rękach wojewody z organizacją i finansowaniem centralnym mogą dać obraz zbliżony do szpitali klinicznych, które wykonują dziś ok. 25% świadczeń zdrowotnych w Polsce,

„We Francji rządowe, profesjonalne tzw. regionalne agencje zdrowia zarządzają wszystkimi szpitalami w regionie”

w tym aż 75% wysokospecjalistycznych. Część z nich ma dobrą kondycję finansową i na bieżąco reguluje swoje zobowiązania (które stanowią 22% zadłużenia wszystkich SPZOZ w Polsce)”.

### Przykład z Francji

Według raportu Niepublicznego Instytutu Ochrony Zdrowia „Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje” powinniśmy przygotować się na głębokie i zasadnicze zmiany w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia, głównie w zakresie szpitalnictwa, najbardziej kosztochłonnego elementu systemu. Zmiany te powinny w pierwszej kolejności dotyczyć przejścia szpitali przez urzędy wojewódzkie.

W tej krytycznej sytuacji szpitalnictwa, którego zadłużenie zbliża się do 12 mld zł, jako całkowicie zasadną należy potraktować propozycję dokonania gruntownej reformy polskich szpitali przy wykorzystaniu dobrych wzorów sprawdzonego w praktyce modelu francuskiego. We Francji rządowe, profesjonalne tzw. regionalne agencje zdrowia zarządzają wszystkimi szpitalami w regionie. Odpowiadają za ich optymalne rozmieszczenie, monitorowanie procesów restrukturyzacyjnych, planowanie i finansowanie inwestycji oraz finanse i działalność szpitali. W celu obniżenia kosztów funkcjonowania szpitali wykorzystują efekt skali, powszechnie stosując rozwiązania w postaci grup zakupowych (leki, sprzęt, materiały budowlane), *outsourcingu*, scentralizowanej diagnostyki, a także scentralizowanej działalności w zakresie kadr i płac. Dzięki temu w kraju znacznie bogatszym od Polski mają dużo niższe koszty stałe funkcjonowania szpitali, lepsze wykorzystanie łóżek i wyższą jakość świadczeń. Jeżeli przyjmiemy, że model francuski jest optymalny dla Polski, to potrzebą chwili jest jak najszybsze odejście od reformy Jerzego Buzka, która wprowadziła w opiece zdrowotnej maksymalnie rozproszoną i nieprofesjonalną funkcję organu założycielskiego dla szpitali powiatowych i wojewódzkich.

Utrzymanie dotychczasowego stanu rzeczy w zakresie funkcjonowania i organizacji szpitali, tak bardzo sprzyjającego marnotrawstwu ograniczonych środków finansowych, w obliczu dynamicznego starzenia się społeczeństwa i tym samym szybko rosnących potrzeb zdrowotnych ludności oraz równie dynamicznego wzrostu kosztów nowych technologii medycznych jest po prostu niemożliwe!

Maciej Murkowski

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