



Fot. © iStockphoto.com 2x

## Złapani w sieć

Wprowadzenie sieci szpitali miało zmienić ochronę zdrowia na lepsze. Zapowiadano skrócenie kolejek oraz kompleksowe podejście do pacjenta.

Pomysł na zbudowanie systemu opartego na sieci podstawowego zabezpieczenia szpitalnego ze skorelowaną z nim opieką ambulatoryjną był dobry. Może niektóre szczegółowe mechanizmy wymagały dopracowania, jednak w mojej ocenie było to drobne dostrajanie, które najlepiej przeprowadzać w trakcie działania systemu. Zaprojektowany podział pieniędzy zakładał budżety początkowe wyliczane obiecująco wg faktycznych wykonań i choć pominięto istotny element, jakim jest weryfikacja wartości świadczeń, to start był dobry. Trudno powiedzieć, czy wprawił rządzących w zachwyt, czy wywołał przerażenie ogromem wdrożenia. Okazało się bowiem, że droga od projektu do realizacji jest trudna. Agencja taryfikacji świadczeń powinna była szybko podjąć wyzwanie i opracować odpowiednie wagi wartości świadczeń. Jeśli bowiem ryczałt i jego sprawozdanie ma określać stopień zaangażowania świadczeniodawcy w realizację zadania publicznego, to wagi poszczególnych wykonań są tu kluczowe. Nie-

stety tak się nie stało. Dodatkowym mechanizmem optymalizującym miało być umieszczenie poradni specjalistycznych przy poszczególnych profilach. Miało to sens przy założeniu, że będą w nich zaopatrywani wyłącznie pacjenci, których świadczenia są ściśle związane ze świadczeniami szpitalnymi. To znaczy, że poradnie przyszpitalne miały się zajmować wyłącznie kwalifikacją do leczenia stacjonarnego oraz opieką poszpitalną w określonym czasie. Później kontynuację leczenia miał zapewnić zespół lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Ta część planu nie została zrealizowana. Nadal w poradniach są pacjenci, którzy od lat korzystają ze świadczeń (często w celu tzw. przedłużenia recepty), a kolejki do specjalistów uniemożliwiają zapewnienie bieżącej opieki poszpitalnej.

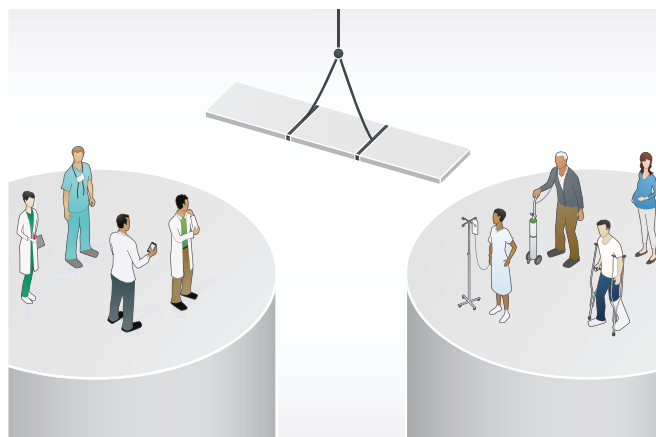
Twardo na nogach stoi POZ, która pomimo wielu perturbacji systemowych „robi swoje”. Wbrew planom nie przejęła koordynacji i zapewnienia dostępu do świadczeń specjalistycznych, a zapowiadane wzmoc-

nienie roli zespołu lekarza rodzinnego utknęło w martwym punkcie. Wszystko to ma wpływ na efekt działania sieci szpitali.

Mniej szpitali w sieci miało oznaczać skoncentrowanie środków i dzięki koordynacji i kompleksowości doprowadzić do zwiększenia dostępności świadczeń. Nikt nie przewidywał, że narastający problem braku kadr medycznych osiągnie zenit właśnie teraz. Szkoda, że tego nie przewidziano, bo mnie wydawało się to oczywiste. Jeśli bowiem dyrektor szpitala otrzymuje budżet z bardzo wątpliwą możliwością jego zwiększenia, to będzie szukał optymalizacji. Optymalizacji, a czasem oszczędności. Nie mijali się z prawdą ci, którzy wskazywali na zmniejszenie ilości realizacji droższych świadczeń. Trzeba podkreślić, że ma to wpływ na kadrę medyczną. W Polsce mamy bardzo dobrze wykształconych specjalistów, którzy uzyskali kwalifikacje po to, by je wykorzystywać. Brak możliwości leczenia chorych z bardziej skomplikowanymi schorzeniami (mówiąc inaczej – droższymi) nie zatrzyma lekarzy w szpitalu. Niedobór lekarzy to także większe obciążenie pracą pielęgniarek i położnych, co z kolei ściśle wiąże się z oczekiwaniami płacowymi, których dyrektor szpitala wobec budżetowego sposobu finansowania nie może spełnić.

### Pacjent zaczyna modelować system

Sytuacja staje się trudna, bo chorzy w pierwszej kolejności szukają pomocy na szpitalnych oddziałach ratunkowych (SOR). Tu zgłaszają się w większości ci pacjenci, dla których przewidziano nocną i świąteczną pomoc medyczną. Braki kadrowe sprawiają, że ta druga pęka w szwach, a na SOR-ach wydłuża się czas oczekiwania. Zniecierpliwiony pacjent, widzący niedomogi sieci i nieliczący już na skrócenie kolejek czy kompleksową opiekę, szuka pomocy w prywatnych lecznicach. Choć to często niebagatelny koszt, to jednak dostępność znacznie większa. Niejednokrotnie prywatne lecznice nie są przygotowane organizacyjnie na takie obciążenie. Często czas oczekiwania na poradę u specjalisty sięga kilku tygodni. Nierzadko to ten sam specjalista, który pracuje w szpitalu. Jedni dzielą swój czas pomiędzy szpital a placówkę prywatną, inni ograniczają pracę w publicznej ochronie zdrowia na rzecz prywatnej. Podobne zjawisko zwiększenia liczby świadczeń notują prywatne szpitale. Rozwijające się systemy abonamentowe oraz produkty kredytowe sprawiają, że chorzy podejmują leczenie poza publiczną ochroną zdrowia. W zasadzie nic w tym złego, jeśli jednak wynika to z niedomogów systemu gwarantowanego, to stanowi jasny sygnał, że z tą gwarancją coś jest nie tak. Warto zwrócić uwagę, że równoległe coraz częściej spada wykorzystanie zasobów szpitali. Szczególnie zasobów specjalistycznych, w które w ostatnich latach tak inwestowano w nadziei na lepsze „sprzedanie” usług płatnikowi.



„Nadal w poradniach przyszpitalnych są pacjenci, którzy korzystają z nich od lat (często w celu tzw. przedłużenia recepty), a kolejki do specjalistów uniemożliwiają zapewnienie bieżącej opieki poszpitalnej”

Trzeba jednak jasno powiedzieć, że mamy sieć szpitali. To z pewnością się udało, można nawet stwierdzić, że niedomogi projektu spychają szpitale sieciowe na pozycję placówek zapewniających podstawowe świadczenia dla tych, których nie stać na leczenie prywatne.

### Utrudnione zadanie NFZ

Płatnik coraz częściej staje wobec niemożności zrealizowania swojego zadania – zapłacenia. Brak środków na tzw. nadwykonania uzasadnia fakt, że przecież od początku zakładano, że ich nie będzie. Jednak rośnie liczba rodzajów świadczeń szczególnie wrażliwych społecznie, stanowiących kluczowy element zadowolenia społecznego. Wobec tego regulator co chwilę wyłącza z budżetowego sposobu finansowania kolejne świadczenia i nadaje szczególne uprawnienia kolejnym grupom obywateli. Słusznie, tylko szkoda, że bez dodatkowych środków. Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach instrumentów, którymi dysponuje, stara się szukać pomysłów na agregowanie świadczeń i tworzenie skoordynowanej opieki w określonych problemach zdrowotnych. Czy jednak zmęczone funkcjonowaniem w sieci szpitale udźwigną kolejne regulacje dokręcające śrubę i wyciskające ostatnie rezerwy organizacyjne i finansowe? Wątpię. Dzisiaj NFZ jak powietrze potrzebuje pieniędzy. Zmniejszenie liczby placówek nie pomogło, lecz spowodowało zwiększenie obciążenia

OD 1 PAŹDZIERNIKA

# SIEĆ SZPITALI

**Kompleksowa opieka nad pacjentem**  
Każdy pacjent jest dla nas ważny. Szpital w sieci będzie odpowiedzialny za koordynację leczenia i zapewnienie poprawy stanu zdrowia pacjenta.

**Dostępność do poradni przyszpitalnych**  
Szpital w sieci będzie zapewniał pacjentowi nie tylko leczenie szpitalne, ale także dostęp do poradni specjalistycznych oraz rehabilitację.

**Skrócenie kolejek na SOR i w izbach przyjęć**  
Przychodnie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej będą prowadzone obok SOR i Izby przyjęć, dzięki czemu poprawi się dostęp do tych świadczeń.

Więcej informacji na stronie: [siecszpitali.mz.gov.pl](http://siecszpitali.mz.gov.pl)

NFZ  
Narodowy Fundusz Zdrowia

MZ  
Ministerstwo Zdrowia

szpitali sieciowych i nasiliło dorzucanie im nowych zadań. Dotychczas jednym z narzędzi podziału środków było wykonanie świadczeń – pieniądze (lepiej lub gorzej) szły za pacjentem. Teraz nie idą wcale. Finansowanie teraz jest i raczej się nie zmieni. Wobec tego NFZ może tylko szukać kompromisów, rozbudowywać aparat kontroli i w miarę możliwości poszukiwać oszczędności w postaci powstrzymywania zapłaty za świadczenia rozliczane na odrębnych zasadach. Tu o tzw. nadwykonania świadczeniodawcy walczą miesiącami. Wszak nie powinno być takich sytuacji, że leki gwarantowane ustawą o refundacji w programach lekowych czy chemioterapii są niedostępne. Co prawda NFZ zapewnia, że przekroczenia umów w tym zakresie zawsze pokrywa, ale czyni to po czasie, skazując świadczeniodawcę na stratę w postaci kredytowania. Szpitali na to nie stać, więc mamy kolejki do programów leko-

„Jedni lekarze dzielą swój czas pomiędzy szpital a placówkę prywatną, inni ograniczają pracę w publicznej ochronie zdrowia na rzecz prywatnej”

wych, a umowy, które ich dotyczą, opiewają na kwoty stanowiące znikomy ułamek faktycznych potrzeb.

### Czarny obraz szpitala w budowie

Jest w Polsce kilka szpitali, których szumnie rozpoczęta budowa umarła na etapie murów. Stojące szkielety lub w części zagospodarowane obiekty nie mają wiele wspólnego z pierwotnymi planami. Tak dzisiaj zaczyna wyglądać również sieć szpitali. Nie oznacza to jednak, że z tej sytuacji nie ma wyjścia. Trzeba wrócić do pierwotnego planu, zmodyfikować go odpowiednio do dzisiejszej rzeczywistości i mieć odwagę kontynuować. Tego, w mojej ocenie, nie da się zrobić bez dodatkowych środków. Doświadczenie wskazuje, że koncentracja publicznych pieniędzy w sieci szpitali nie jest wystarczającym zabiegiem dla zwiększenia wydolności. Oczywiście jest potrzebna, by ewentualny wzrost nakładów był lepiej wykorzystany. Trzeba jednak dokończyć reformę opartą na silnie rozbudowanej sieci POZ skorelowanej z ambulatoryjną opieką specjalistyczną. Trzeba urealnić wagi świadczeń (tzw. wyceny) poprzez ich właściwą taryfikację opartą na faktycznych kosztach wykorzystania zasobów. Wsparciem dla szpitali będzie uszczelnienie sieciowych poradni poprzez przeznaczenie ich wyłącznie dla pacjentów przed hospitalizacją i po wypisie ze szpitala. Wszystko wskazuje również na to, że weryfikacji należy poddać niektóre profile. Najlepszym przykładem jest onkologia. Sieć szpitali onkologicznych jest nam potrzebna i powinna mieć jasno zarysowane miejsce w całości systemu. To jedna z droższych grup świadczeń i jedna z najbardziej interdyscyplinarnych. Właściwa koordynacja opieki nad pacjentami pomiędzy pozostałymi profilami zoptymalizuje koszty, ale również zapobiegnie spadkowi wskaźników. Leczenie onkologiczne jest tak drogie, że niewielu chorych stać (nawet przy dużej zdolności kredytowej) na korzystanie z prywatnych lecznic. Również takich placówek mamy niewiele, bo zasoby szpitala onkologicznego są bardzo drogie.

Wydaje się, że mury budowanego polskiego, publicznego, powszechnego szpitala, jakim jest sieć, stoją. W niektórych salach dzięki charyzmie dyrektorów, lekarzy i pielęgniarek chorzy otrzymują pomoc. Można wyczekać, przyzwycząić pacjentów do tego stanu i z czasem przedefiniować publiczną opiekę zdrowotną. Można nauczyć chorych, że jest to medyczna pomoc społeczna. Można też krok po kroku realizować projekt budowania publicznej służby zdrowia, w której określenie „publiczna” oznacza zwiększenie świadomości, współodpowiedzialności i współdziałania obywateli w jej utrzymaniu. Wówczas zwiększenie składki i wprowadzenie ubezpieczeń dodatkowych stanie się akceptowalne. Jest to jednak możliwe wyłącznie pod warunkiem zdobycia zaufania pacjentów. Zaufania, które buduje się poprzez spełnianie obietnic.

Rafał Janiszewski  
Autor jest właścicielem kancelarii doradczej.