



graf. Images.com/Corbis

Resortowa koncepcja sieci szpitali – lista zaniechań

# Dziurawa sieć

Maciej Murkowski

Planowanie sieci szpitali i jej coroczna weryfikacja ma ugruntowaną pozycję, zwłaszcza w takich krajach, jak Niemcy i Francja. Warto podkreślić, że w państwach starej Unii weryfikowane są też projekty nowych szpitali. Zgodę na otwarcie placówki można uzyskać tylko wtedy, gdy jest dla niej miejsce w istniejącej sieci. W Polsce panuje, niestety, w tej dziedzinie niedopuszczalna dowolność.

Ponieważ nie ma adekwatnych do potrzeb programów medycznych nowo powstających szpitali i merytorycznej weryfikacji planów budowy tych placówek, inwestycje nie prowadzą do oczekiwanej poprawy dostępności opieki stacjonarnej, a często nawet powodują marnotrawstwo z trudem gromadzonych funduszy.

## Wadliwość struktur opieki zdrowotnej

Obecnie szpital jest niejednokrotnie jedynym miejscem, w którym można otrzymać efektywną pomoc w zakresie diagnostyki, terapii, rehabilitacji, opieki pielęgnacyjnej i paliatywnej. Wynika to przede wszystkim z faktu, iż pacjenci często nie otrzymują

właściwej pomocy na wcześniejszych, *tańszych etapach* systemu (opieka podstawowa, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, oddziały dzienne – głównie chirurgii jednego dnia i szybkiej diagnostyki).

Prowadzi to do wniosku, iż hospitalizacja nie odzwierciedla rzeczywistego zapotrzebowania na to świadczenie i nie może być wykorzystywana do prognozowania przyszłych potrzeb, jeśli chodzi o opiekę stacjonarną (jak to wynika z opracowania Państwowego Zakładu Higieny). Jakby tego było mało, system płatnika (najpierw kas chorych, a obecnie NFZ) przez 6 lat preferował wzrost nieuzasadnionych hospitalizacji. Z tych i innych istotnych powodów do ustalenia niezbędnej w przyszłości liczby łóżek w szpitalach opieki krótkoterminowej, dane dotyczące aktualnej hospitalizacji można wykorzystywać tylko w bardzo ograniczonym zakresie.

### Przyszły szpital opieki krótkoterminowej?

Resort zdrowia nie opracował nowoczesnego, przyszłościowego modelu struktury szpitala opieki krótkoterminowej. Został on natomiast opisany m.in. w wielu publikacjach Światowej Organizacji Zdrowia i Komitetu Szpitalnictwa Unii Europejskiej.

Warto podkreślić, że w modelu tym podkreśla się konieczność uwzględnienia w strukturze takiej placówki odpowiedniej do potrzeb konsultacyjnej przychodni przyszpitalnej. Jej głównym zadaniem (często poszerzonym o działalność dziennego oddziału szybkiej diagnostyki) powinno być *zatrzymywanie* pod opieką wszystkich pacjentów niemających bezwzględnych wskazań do hospitalizacji.

Konieczne jest też zapewnienie odpowiedniego potencjału oddziałów dziennych, zwłaszcza chirurgii jednego dnia i zapewnienie priorytetu łóżkom intensywnej terapii (z niezrozumiałych względów pominiętych w opracowaniu PZH). Powinny one stanowić co najmniej 12–14 proc. łóżek w szpitalu i należy założyć, że odsetek ten będzie stale się zwiększał. Uporczywe nawiązywanie przez przedstawicieli resortu zdrowia do 2–4 proc. łóżek opieki intensywnej (wskaźnika obowiązującego w Polsce w latach 60. ubiegłego wieku) jest po prostu szkodliwe i może być traktowane jako rodzaj tzw. błędu w sztuce lekarskiej!

W zależności od potrzeb i poziomu referencyjnego, szpitale opieki krótkoterminowej muszą dysponować także sprawnym i nowoczesnym zapleczem diagnostycznym i zabiegowym. Należy przyjąć, iż każda placówka powinna mieć co najmniej 3 sale operacyjne na bloku operacyjnym, co najmniej jedną salę operacyjno-zabiegową w SOR (jeśli w szpitalu jest oddział ratunkowy) i jedną salę operacyjno-zabiegową w dziennym oddziale chirurgii jednego dnia (łącznie 5–6 sal operacyjnych).



fol. PAP

„ W opracowaniu PZH nie zachowano podziału na rodzaje łóżek (krótkoterminowe, długoterminowe, dzienne, pielęgnacyjno-opiekuńcze, opieki paliatywnej), co podważa wiarygodność i przydatność zaproponowanych metod do prognozowanie potrzeb hospitalizacji ”

Konieczne jest ponadto zrezygnowanie z tradycyjnego nazewnictwa, np. oddziałów gruźlicy i chorób płuc. Powinny to być oddziały pulmonologiczne, a chorzy na gruźlicę płuc muszą być hospitalizowani w wytypowanym specjalistycznym ośrodku w danym województwie.

Zdecydowanego rozgraniczenia przy planowaniu sieci zakładów (czego również nie dokonano w opracowaniu PZH) wymaga opieka psychiatryczna albo





fot. fotorepo

„ Zaproponowana przez Ministerstwo Zdrowia metodologia kwalifikowania szpitali do sieci, oparta na wskaźnikach przygotowanych w Państwowym Zakładzie Higieny oraz na standardach akredytacji szpitali Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie, budzi bardzo poważne zastrzeżenia ”

w oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych, albo w szpitalach psychiatrycznych.

### Jaki potencjał łóżek?

W 1998 r. kierownictwo resortu zdrowia pod przewodnictwem Wojciecha Maksymowicza przyjęło założenia polityki dotyczącej opieki stacjonarnej i opowiedziało się za wariantem krótko- i średnioterminowego zmniejszenia zasobów szpitalnych opieki krótkoterminowej. Przyjęto, iż w 2005 r. wskaźnik łóżek dla szpitali opieki krótkoterminowej wyniesie 35 na 10 tys. mieszkańców, a dla placówek opieki długoterminowej 14 na 10 tys. (7 tys. dla szpitali i oddziałów psychiatrycznych). W opiece stacjonarnej miało być 56 łóżek na 10 tys. osób, czyli w sumie 226 tys. łóżek.

Zgodnie z tymi ustaleniami, na I poziomie referencyjnym (powiatowym) w szpitalach opieki krótkotermi-

nowej powinno się znajdować 65 proc. potencjału opieki stacjonarnej, tj. ok. 91 tys. łóżek z możliwością hospitalizacji do 4 mln pacjentów. Dla szpitali (oddziały opieki długoterminowej) przewidziano 23,6 proc., czyli ok. 33 tys. łóżek z możliwością hospitalizacji do 750 tys. chorych, a dla oddziałów psychiatrycznych 7,1 proc. ok. 10 tys. łóżek z możliwością hospitalizacji do 125 tys. osób. Podobne wytyczne opracowano dla II i III poziomu referencyjnego.

W planach kierownictwa resortu uwzględniono również konieczność przeznaczania 5 proc. łóżek opieki krótkoterminowej (ok. 8 tys.) dla chirurgii jednego dnia, co umożliwiło dodatkowo leczenie rocznie ok. 2 mln pacjentów.

Trudno zrozumieć, dlaczego w kolejnych przygotowaniach do realizacji projektu sieci szpitali nie nawiązuje się do wcześniejszych prac nad tym zagadnieniem. Nie wiadomo też, dlaczego nie sięgnięto do interesujących opracowań na ten temat, dostępnych np.

na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia Francji (*Cartes Regionales sur la Recomposition Hospitaliere*) lub studium przygotowanego przez Ministerstwo Pracy i Spraw Socjalnych Bawarii (*Krankenhausplan des Freistaates Bayern*).

### Sieć szpitali – koncepcja resortowa

Zaproponowana przez Ministerstwo Zdrowia metodologia kwalifikowania szpitali do sieci, oparta na wskaźnikach przygotowanych w Państwowym Zakładzie Higieny oraz na standardach akredytacji szpitali Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie, budzi bardzo poważne zastrzeżenia. W liczącym 250 stron opracowaniu PZH na temat wskaźników wykorzystywanych do określania optymalnej liczby łóżek szpitalnych nie zachowano elementarnego podziału na rodzaje łóżek (krótkoterminowe, długoterminowe, dzienne, pielęgnacyjno-opiekuńcze, opieki paliatywnej). Już ten fakt podważa wiarygodność i przydatność zaproponowanych metod do prognozowania potrzeb dotyczących hospitalizacji, czyli liczby łóżek w perspektywie 5–10-letniej. Przecież zupełnie inna prognoza potrzeb będzie w wypadku opieki krótkoterminowej, inna opieki długoterminowej, jeszcze inna opieki dziennej czy pielęgnacyjno-opiekuńczej.

W analizie PZH pominięto m.in. istniejące w województwach analizy dostępności do poszczególnych szpitali i tzw. listy oczekujących. Materiały sporządzane dla

Bardzo poważne zastrzeżenia budzi zastosowana przez PZH i aprobowana przez Ministerstwo Zdrowia metoda agregacji poszczególnych specjalności. Nie do przyjęcia jest agregowanie chirurgii onkologicznej z chirurgią ogólną zamiast z innymi specjalnościami onkologicznymi (radioterapia, chemioterapia) w bardzo deficytowym w Polsce kompleksie *onkologia*.

Warto też podkreślić, że w sieci powinny się bezwzględnie znaleźć regionalne ośrodki onkologiczne, transplantacji narządów, kardiochirurgiczne, leczenia oparzeń (których działalność daleko wykracza poza tradycyjny oddział chirurgii ogólnej), przeszczepiania szpiku, ostrych zatruc i szpitale instytutów resortowych Ministerstwa Zdrowia oraz MON i MSWiA.

Kwalifikowanie do sieci pozostałych placówek należy przeprowadzać z maksymalną elastycznością i przy daleko zaawansowanym współdziałaniu i wzajemnym uzupełnianiu się szpitali. Nie wolno przy tym zapominać o stałej, okresowej weryfikacji i uwzględnieniu rosnącego znaczenia mechanizmów rynkowych w opiece zdrowotnej.

Niezrozumiałe i nie do przyjęcia jest pominięcie w analizach PZH najważniejszych oddziałów, czyli intensywnej terapii. Należy raz jeszcze podkreślić, iż w Polsce odsetek łóżek opieki intensywnej w stosunku do wszystkich łóżek w szpitalu jest dramatycznie niski – wynosi niecałe 2 proc. (dla porównania w UE sięga 10–12 proc. i stale rośnie, a w Emiratach Arabskich 25 proc.).

” Prace dotyczące sieci trzeba rozpocząć od szpitali instytutów resortowych, szpitali resortowych i ponadregionalnych ośrodków wysoko specjalistycznych ”

PZH przez nadzór specjalistyczny są przydatne jako materiał pomocniczy, ale nie powinny być traktowane jak *wyrocznia*. Nie można np. aprobować wniosków konsultantów wojewódzkich, którzy określają, że na oddziałach dziennych chirurgii jednego dnia możliwości świadczeń wynoszą maksymalnie 15 proc. wszystkich potrzeb (docelowo 25 proc.). Tym bardziej, jeśli w krajach UE od wielu lat w okulistyce, laryngologii, chirurgii dziecięcej, urologii i innych specjalnościach zabiegowych wykonuje się na oddziałach dziennych od 60 do 70 proc. wszystkich zabiegów w opiece stacjonarnej.

Kolejnym problemem jest brak elementarnych założeń finansowych ze strony NFZ do rozwijania działalności oddziałów dziennych. Również nie do przyjęcia jest opinia specjalistów wojewódzkich (materiały PZH), w której tylko 7 osób widzi potrzebę rozwoju stacjonarnej opieki długoterminowej.

Kolejny ważny dział, którego brakuje w materiałach resortowych, to strategia dotycząca potrzeb oddziałów dziennych niezbędnych w szpitalach opieki krótkoterminowej. Na przykład w warszawskich szpitalach jeszcze niedawno w puli łóżek opieki krótkoterminowej na opiekę dzienną przypadało zaledwie 3 proc. Tymczasem w krajach UE na potrzeby oddziałów dziennych przeznaczają się od 20 do 30 proc. wszystkich łóżek zakładu.

W opracowaniu PZH opiekę długoterminową *reprezentuje* wyłącznie oddział rehabilitacji. Tymczasem oddziały opieki długoterminowej, w tym głównie rehabilitacyjne, geriatryczne i psychogeriatryczne, dla przewlekłe chorych i leczenia uzależnień są uznaną i niezbędną formą terapii i rehabilitacji.

Materiały, którymi dzisiaj dysponujemy (projekt ustawy o sieci zamieszczony na stronie internetowej

MZ), nie określają także stanowiska w sprawie tak ważnego działu leczenia stacjonarnego, jak geriatrya.

### Jakość i finanse szpitala

Ocena zapewnienia jakości przez szpital została w koncepcji MZ oparta na istniejącym programie akredytacji szpitali (realizowanym od 11 lat przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia). Nie mam przekonania do słuszności tego wyboru. Program standardów, będący instrumentem *kra-kowskiej akredytacji*, nie jest weryfikowany od wielu lat i zawiera takie niedorzeczności, jak *standard zagęszczenia łóżek szpitalnych!* Jednocześnie warto przypomnieć, że polskie placówki od lat uzyskują certyfikaty ISO, które bywają wyżej cenione (szczególnie przez jednostki niepubliczne) niż akredytacja i dotyczą często wyłącznie wybranych, strategicznych modułów (SOR, blok operacyjny, dział diagnostyki itp.).

Stosowanie kryteriów finansowych do oceny szpitala kandydata do sieci teoretycznie jest zasadne. Ale czy można je stosować przy funkcjonowaniu tak zużytej formuły prawnej jak spzoz? Przecież ta forma organizacyjna niejako zachęca do zadłużania i tylko wybranej grupie dyrektorów i ich bezgranicznemu poświęceniu zawdzięczamy, iż istnieją jeszcze szpitale, które bronią się przed popadnięciem w długi. W takiej sytuacji należy założyć, iż dopiero po jak najszybszym przekształceniu szpitali w spółki prawa handlowego będzie zasadny (po upływie kilku lat działalności) powrót do ponownego wykorzystania kryteriów finansowych do oceny poszczególnych szpitali.

### Brak zaplecza naukowo-eksperckiego

Z uwagi na ciężar gatunkowy, wymagający specjalistycznej wiedzy, problematyka planowania szpitali, ra-

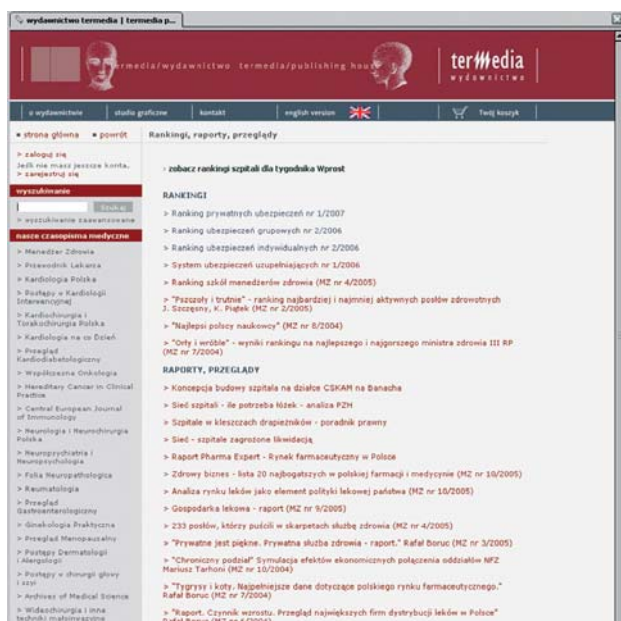


fol. fotoregpa

„ Na potrzeby intensywnej terapii trzeba przeznaczyć co najmniej 12–14 proc. łóżek w szpitalu. Uporczywe nawiązywanie przez urzędników do wskaźnika 2–4 proc., obowiązującego w Polsce w latach 60. ubiegłego wieku, jest po prostu szkodliwe ”

jonalnego wykorzystania ich zasobów i sieci zakładów nie jest zadaniem ani dla polityków, ani dla urzędników. Politycy powinni jedynie otrzymywać profesjonalne analizy i raporty zawierające warianty konieczne do podejmowania wniosków. Niestety, w Polsce





„ Z pełną wersją opracowania Macieja Murkowskiego można się zapoznać na stronie [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl) w dziale **Rankingi, Raporty, Przeglądy** ”

od II wojny światowej nie jest to możliwe, gdyż nie stworzyliśmy do tej pory elementarnego zaplecza instytucjonalnego w tym zakresie (nie licząc krótkiego okresu działalności zakładów szpitalnictwa w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego i w byłym Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia). W efekcie, mimo jednoznacznie negatywnych ocen zawartych w raportach NIK, dotyczących doświadczeń z tzw. regionalnymi grupami wsparcia i głównie politycznej działalności *komitetów sterujących* w urzędach marszałkowskich, nadal sięgamy po polityczne i nieprofesjonalne narzędzia. W proponowanym kształcie ustawy o sieci mają nimi być rady w województwach i krajowa rada na szczeblu centralnym.

### Nie tylko krytyka

Aby jednak nie ograniczać się do krytyki, proponuję rozważenie następujących propozycji:

1. Powołanie np. w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego Zakładu Szpitalnictwa, który zacznie tworzyć zaplecze naukowe poświęcone tej problematyce. Mógłby on wspomagać m.in. rząd RP, urząd ministra zdrowia i wojewodów (w tym wo-

jewódzkie centra zdrowia publicznego), w których jak najszybciej powinny powstać zakłady szpitalnictwa. Zakład w NIZP musi odpowiadać także za ekspresowe szkolenie pracowników zakładów wojewódzkich.

2. Działalność dotyczącą planu szpitali i ich sieci (w skali województw i kraju) rozpocząć (w odwrotnej kolejności niż propozycja resortu) od licencjonowania zakładów opieki stacjonarnej, co będzie wartościowym, merytorycznym wstępem do dalszych prac. Materiały merytoryczne do licencjonowania szpitali są od kilku lat gotowe. Powstały w wyniku kontraktu ze specjalistami holenderskimi, prowadzonego przez Biuro Zagranicznych Programów w Ochronie Zdrowia Ministerstwa Zdrowia.
3. Równolegle prowadzić działalność zmierzającą do ograniczenia liczby organów założycielskich (przekazanie akademii medycznych ministrowi nauki i szkolnictwa wyższego, a szpitali klinicznych samorządom wojewódzkim). Pozostałe szpitale w miastach należy przekazać samorządom miejskim (np. w stolicy prezydentowi Warszawy), gdzie powinny powstać zarządy szpitali miejskich (na wzór francuskich agencji szpitalnictwa).
4. Prace dotyczące sieci rozpocząć stopniowo od szpitali instytutów resortowych, szpitali resortowych i ponadregionalnych ośrodków wysoko specjalistycznych (wymienionych wyżej).
5. Określić strategiczne moduły szpitali opieki krótkoterminowej (SOR, blok operacyjny, OIT, dział diagnostyczny) i im przede wszystkim umożliwić uzyskiwanie certyfikatów ISO 9001:2000. Tym samym odstąpić od wykorzystania w tym zakresie CMJ w OZ w Krakowie.
6. Przyspieszyć prace nad przekształceniem szpitali w spółki prawa handlowego, wykorzystując pozytywne efekty niepublicznych szpitali samorządowych w 40 powiatach.
7. Do optymalizacji wskaźników łóżek wykorzystać sprawdzone w Europie analizy dr. Bruckenbergera z Ministerstwa Spraw Socjalnych w landzie Dolna Saksonia w Hanowerze oraz metodologię wdrażaną przez francuski resort zdrowia. Do wykorzystania są też prace byłego Centrum Organizacji i Ekonomiki w Ochronie Zdrowia (Krajowy Plan Rozmieszczenia Zakładów Stacjonarnej Opieki Zdrowotnej – Projekt. Warszawa, 1997 r. oraz opracowanie firmy Capgemini z 2001 r.).

PS Wysyłając artykuł do druku, zdążyłem się zapoznać z poprawioną wersją ustawy o sieci szpitali z 7 marca tego roku, opublikowaną na stronie internetowej MZ. Niestety, nie znalazłem podstaw do zmiany czegokolwiek we wcześniej przygotowanym tekście.

*Piśmiennictwo u autora artykułu*