

Usuńmy najważniejsze bariery w opiece zdrowotnej!

Maciej Murkowski

W służbie zdrowia od wielu lat zamiast rozwiązywania prawdziwych problemów, zajmujemy się dyskusjami zastępczymi. W zakresie publicznej służby zdrowia, zamiast zastępczej dyskusji na temat tego, czy lepiej mieć 16 kas czy jeden fundusz, należałoby zadać sobie pytanie o to, jak stworzyć podstawowe mechanizmy mikroekonomiczne, wymuszające efektywność wydatkowania środków i narzucić twarde ograniczenia budżetowe placówkom służby zdrowia.

Nie sposób nie identyfikować się z tym stwierdzeniem. Jednakże, zanim zostanie opracowana strategia kompleksowego rozwiązania wyżej sformułowanego problemu, niezbędne jest podjęcie pilnych prac prowadzących do zasadniczego usunięcia istotnych **barier**, hamujących skutecznie w naszym kraju jakąkolwiek racjonalizację wykorzystania zasobów

w opiece stacjonarnej, a zarazem ich przekształcanie i restrukturyzację.

Do jednych z najważniejszych barier tego procesu należy obecna przynależność szpitali w Polsce do poszczególnych organów założycielskich!

Na dzień dzisiejszy występuje w Polsce 7 zasadniczych organów założycielskich szpitali. Są to: MON, MSWiA, Ministerstwo Zdrowia (szpitale kliniczne instytutów resortowych), rektorzy akademii medycznych (szpitale kliniczne), samorzady wojewódzkie – 16 województw, prezydenci miast, starostowie powiatów.

Główny problem dotyczy szpitali należących do poszczególnych szczebli samorządu terytorialnego, zlokalizowanych na terenie byłych 49 miast wojewódzkich, a w szczególności miast będących siedzibami akademii medycznych.

Do końca 1998 r., czyli do wejścia w życie reformy administracyjnej kraju, szpitale zlokalizowane w dawnych miastach wojewódzkich najczę-

ściej posiadały w swojej nazwie przymiotnik *wojewódzki* albo przymiotnik *specjalistyczny*. Stało się to powodem niejako automatycznego zastosowania przez ówczesne Ministerstwo Zdrowia klucza przyporządkowania takiego szpitala (np. stacji pogotowia ratunkowego) do nadzoru właścicielskiego samorządu wojewódzkiego. Na dzisiaj jest to jedna z głównych barier adekwatnego do potrzeb wykorzystania zasobów poszczególnych szpitali!

Samorząd wojewódzki (co również nie znajduje właściwego uzasadnienia) przejął również wszystkie szpitale, które dotąd należały do organu właścicielskiego Ministerstwa Komunikacji (np. PKP).

W wyniku tych ustaleń, np. w Pruszkowie funkcjonują dotąd 2 małe niewydolne szpitale, jeden powiatowy, a drugi *dawny PKP* – należący do samorządu województwa. Jedynym racjonalnym rozwiązaniem w tej sytuacji jest jak najszybsze połączenie tych szpitali pod jednym za-

Jedna z najważniejszych barier to obecna przynależność szpitali w Polsce do poszczególnych organów założycielskich!



Szpitale: Wolski, Praski i Dziecięcy przy ul. Kopernika należące do Prezydenta Miasta Warszawy (fot. Jakub Wiśniewski)

rzędem z przynależnością do Zarządu Powiatu Pruszkowskiego. Takie rozwiązanie pozwoli dopiero na naturalne uzupełnianie się obu jednostek i pewne sprofilowanie obiektów szpitalnych na zakład o charakterze zachowawczym (dawny szpital PKP) i zabiegowym (dotychczasowy szpital powiatowy). W obecnej strukturze przynależności do różnych organów założycielskich jest to jednakże praktycznie niemożliwe do zrealizowania.

Obecnie w Warszawie samorząd wojewódzki jest właścicielem szpitali i zakładów opieki zdrowotnej, które w całości lub w 90 proc. prowadzą działalność dla ludności aglomeracji warszawskiej (Szpital Bródnowski, Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej, Wojewódzkie Szpitale Dziecięce przy ul. Niekańskiej i w Dziekanowie Leśnym, Szpital im. dr. Okońskiego przy ul. Brzeskiej i Szpital Specjalistyczny w Międzylesiu – dawne szpitale kolejowe, Centrum Lecznictwa, Rehabilitacji i Medycyny Pracy ATTIS, a także Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego).

W gestii samorządu wojewódzkiego są również wojewódzkie szpitale specjalistyczne (zakaźny dla dorosłych i dzieci oraz dermatologiczny).

Równolegle 11 szpitali położonych na terenie m. st. Warszawy pozostaje w gestii organu założycielskiego, jakim jest prezydent m. st. Warszawy, a 5 szpitali klinicznych

należy do organu założycielskiego, którym jest rektor Akademii Medycznej.

Nieuwzględnienie we wnioskach niniejszej analizy szpitali resortowych i częściowo szpitali klinicznych nie jest tożsame z brakiem formułowania wielokrotnie artykułowanych wniosków pod ich adresem, wynikających z monitorowania potrzeb zdrowotnych ludności miasta Warszawy.

Do takich wniosków w pierwszej kolejności zaliczyć trzeba pilną potrzebę rozszerzenia zakresu działania Centralnego Szpitala Klinicznego przy ul. Banacha o świadczenia z zakresu chirurgii urazowej oraz zwiększenie liczby dni całodobowego dyżuru urazowego w Szpitalu Klinicznym AM *Dzieciątka Jezus*, który, pełniąc jednocześnie funkcję *Centrum Leczenia Obrażeń*, ostry dyżur urazowy pełni tylko raz w tygodniu!!

Jeżeli (w konsekwencji ustaw samorządowych) przypomnimy założenie, iż to prezydent m. st. Warszawy odpowiada za opiekę zdrowotną na swoim terenie, to wykonanie tego zobowiązania jest możliwe wyłącznie poprzez zagwarantowanie możliwości oddziaływania urzędu prezydenta na zakłady opieki zdrowotnej świadczące usługi dla ludności stolicy.

W obecnej organizacji oddziaływanie urzędu prezydenta jest zagwarantowane na Bielanych i Żoliborzu (Szpital Bielański), Woli (Szpital

Wolski), Mokotowie (Szpitale Czerniakowski i Sióstr Elżbietanek), Pradze (Szpitale Praski i Grochowski), ale już nie na Bródnie i Targówku (Szpital Bródnowski należy do samorządu województwa).

W lecznictwie stacjonarnym dzieci możliwość oddziaływania urzędu prezydenta miasta Warszawy jest jeszcze bardziej ograniczona. Nie wielki Warszawski Dziecięcy Szpital dla Dzieci im. Kopernika należy wprawdzie do prezydenta Warszawy, ale już szpitale dziecięce na ul. Niekańskiej na Saskiej Kępie i w Dziekanowie Leśnym należą do samorządu województwa.

Najtrudniejsza sytuacja występuje w zakresie odpowiedzialności prezydenta miasta za problematykę ratownictwa medycznego. Stacja Pogotowia Ratunkowego wraz z Centrum Powiadomiania Ratunkowego działająca w całości na terenie aglomeracji warszawskiej należy nadal do samorządu województwa, a szpitalne oddziały ratunkowe występują w szpitalach 5 organów założycielskich. Niezbędna koordynacja tymi zasobami w okresie całodobowym napotyka na bardzo poważne bariery.

Wszystkie ww. szpitale mają charakter zakładów opieki krótkoterminowej. Warszawa, w której 25 proc. ludności przekroczyło 65. rok życia, pozbawiona jest całkowicie szpitali o charakterze opieki długoterminowej, geriatrycznej, rehabilitacyjnej czy pielęgnacyjno-opiekuńczej. Szpitalami, które z powodu stanu infrastruktury technicznej, w pierwszej kolejności kwalifikują się do przyjęcia takiej roli są szpitale przy ul. Brzeskiej na Pradze (dawny kolejowy

Powszechnym zjawiskiem jest marnotrawstwo środków, dublowanie świadczeń i unikanie jakiegokolwiek kooperacji i współdziałania poszczególnych szpitali



Szpital Bródnowski i Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej należące do Samorządu Wojewódzkiego



Centralny Szpital Kliniczny należący do Akademii Medycznej

– dla rejonu prawobrzeżnej Warszawy) i przy ul. Barskiej na Ochocie (dla rejonu lewobrzeżnej Warszawy). Przy obecnej strukturze przynależności do organów założycielskich wydaje się to jednak trudne do zrealizowania (oba wymienione szpitale, w tym jeden *wojewódzki* należą do samorządu województwa).

Stolica nie ma również dotąd szpitali dziennych. Istnieje możliwość uruchomienia pierwszego dziennego szpitala dziecięcego po zakończeniu procesu przekształcenia Warszawskiego Szpitala dla Dzieci oraz przeznaczenia dla potrzeb dziennych oddziałów zabiegowych dla dorosłych przynajmniej 30 proc. stanu posiadania łóżek szpitalnych w Śródmiejskim Szpitalu Urazowym przy ul. Solec (oba szpitale podlegają prezydentowi m. st. Warszawy)

Jakie jest wyjście z przedstawionej wyżej sytuacji?

W pierwszej kolejności należy poddać pilnej analizie działalność szpitali zlokalizowanych w dawnych miastach wojewódzkich, a w szczególności w miastach będących siedzibami akademii medycznych. Szpitale, które koncentrują się na działalności na rzecz ludności aglomeracji miasta wojewódzkiego powinny ze swojej nazwy usunąć przymiotnik *wojewódzki*. Dotyczy to również w całej rozciągłości tzw. *Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego* w Warszawie.

W konsekwencji jednostki te powinny zmienić przynależność i należeć do organu założycielskiego, jakim jest urząd prezydenta danego miasta wojewódzkiego.

Samorząd województwa powinien być organem założycielskim głównie

dla tych szpitali, których naturalnym obszarem działania (ang. *catchment area*) jest teren dzisiejszego województwa. Będzie to w zasadzie dotyczyło wojewódzkich szpitali zakaźnych, a w szczególności obecnych szpitali klinicznych.

Szpitale kliniczne po okresie burzliwych sporów należą obecnie do macierzystych uczelni medycznych. Z wielu względów nie jest to najszczęśliwsze rozwiązanie. Wydaje się, iż biorąc pod uwagę obecny wysoki stan zobowiązań tych szpitali, wnioski z kontroli NIK oraz pewną bezwładność zarządzania tymi jednostkami (niewielki zakres samodzielności dyrektora szpitala i daleko posunięta zależność od doraźnej polityki rektora AM i senatu uczelni) – bardziej optymalnym rozwiązaniem byłoby przekazanie przynajmniej części tych szpitali do organu właścicielskiego samorządów poszczególnych województw.

Działalność naukowa i dydaktyczna w tych szpitalach odbywałaby się wówczas na mocy odpowiednich porozumień między władzami uczelni a zarządami poszczególnych województw, i zarządy te wówczas ponosiłyby odpowiedzialność za zarządzanie tymi jednostkami i modernizację ich infrastruktury.

W szczególności pilne zmiany dotyczące właścicielskiego organu szpitali są niezbędne w miastach, takich jak Radom, Płock, Częstochowa, Sieradz, Siedlce, Toruń i inne, gdzie część szpitali należy do zarządów tych miast, a tzw. *szpitale wojewódzkie* przynależą do organu założycielskiego, jakim jest samorząd województwa. **W takiej sytuacji niemożliwe jest opracowanie w tych aglomeracjach jakiegokolwiek spójnej polityki w zakresie szpitalnictwa.** Powszechnym zjawiskiem jest natomiast marno-

trawstwo środków, dublowanie świadczeń i unikanie jakiegokolwiek niezbędnej kooperacji i współdziałania poszczególnych szpitali.

Należy również pilnie odejść od nieuzasadnionej zasady przynależności dawnych szpitali kolejowych do organów założycielskich, jakim są samorządy wojewódzkie. Przykład Pruszkowa opisany wyżej, nie wymaga przecieć żadnych dalszych komentarzy!

W konsekwencji powyższych uwag niezbędne jest opracowanie przez Ministerstwo Zdrowia dogłębnej korekty obowiązującego Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów dotyczącego problematyki przynależności szpitali do poszczególnych organów założycielskich.

W celu merytorycznego wsparcia tej pracy, przy urządach wojewodów w poszczególnych województwach powinny zostać pilnie powołane zespoły konsultacyjne (Wojewódzkie Rady ds. Szpitali), które w konsultacji z przedstawicielami poszczególnych organów założycielskich szpitali i dyrekcji zakładów stacjonarnych opracują projekty niezbędnych zmian w tym zakresie. Zmiany te na poziomie centralnym powinny zostać zaopiniowane i ostatecznie opracowane przez analogiczny zespół konsultantów szpitalnictwa przy ministrze zdrowia (Krajowa Rada Szpitali) i następnie wykorzystane przez urząd ministra do korekty ww. rozporządzenia.

Przedstawione wyżej działania powinny wyprzedzić (przygotowywane w poszczególnych województwach, w oparciu o ustawę o Narodowym Funduszu Zdrowia) plany zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych ludności i tym samym zawieranie umów – kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia na rok 2004. ■