



Sieć szpitali – opieka ambulatoryjna

Tryb **jednego dnia**

Andrzej Gabryel, Andrzej Krupa, Julian Nowak, Józef Stępień

Brak zabezpieczenia finansowego bieżącej działalności to dla większości szpitali codzienność. Od 1999 r. stałym elementem podczas publicznych wystąpień kolejnych ministrów zdrowia były zapowiedzi tworzenia sieci placówek zabezpieczających podstawowe potrzeby zdrowotne ludności. To, że nigdy nie przystąpiono do realizacji tego projektu, dowodzi, że był to jedynie kolejny slogan.

Polityka władz lokalnych, stanowiąca jeden z nadrzędnych czynników hamujących rozwój i wdrożenie koncepcji sieci szpitali, jest zrozumiała. Kryje się za nią m.in. chęć utrzymania miejsc pracy. To o tyle zrozumiałe, że nikt dotychczas nie pokazuje ciągu przemian, jakie zachodziłyby w związku z tworzeniem takiej sieci. Nikt nie mówi o rozwiązaniach, mają-

cych na celu zniwelowanie ujemnych skutków likwidacji części szpitali, a w efekcie bezrobocia wśród personelu medycznego. Takich rozwiązań nikt nie prezentuje, ponieważ ich nie opracowano. Są jedynie publicznie rzucone hasła – tworzymy sieć szpitali, likwidujemy część szpitali. Jedynym skutkiem wygłaszania takich sloganów jest już odnotowany wzrost za-



graf. Natalia Gościńsk

„ Rozwiązaniem problemów niedoboru kadry medycznej jest tworzenie dobrze zorganizowanej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej „

kupowanych przez pacjentów leków i materiałów opatrunkowych, ot, tak na wszelki wypadek, gdyby reforma się nie powiodła...

Potrzeba racjonalizacji

Większość lekarzy specjalistów, w mniejszym stopniu pielęgniarek, poza stałym miejscem zatrudnienia (najczęściej w szpitalu) pracuje w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (publiczne, niepubliczne zoz-y, indywidualne, grupowe praktyki lekarskie).

Stało się więc zasadą, że do niewysokiej pensji wynikającej z zatrudnienia w szpitalu środowisko medyczne *dorabia* w innych, często konkurencyjnych podmiotach realizujących usługi medyczne. W efekcie można zaobserwować stały wzrost liczby lekarzy zatrudnionych w różnych jednostkach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Z faktu tego jednoznacznie wynika potrzeba rozwoju tego sektora. Warto przy tym podkreślić, że wdrożenie nowych metod terapeutyczno-diagnostycznych, rozwój rehabilitacji ambulatoryjnej, różnych form leczenia i diagnostyki w tzw. trybie jednego dnia niweluje potrzebę istnienia tak dużej, jak obecnie liczby łóżek szpitalnych.

Współczesna medycyna dysponuje coraz precyzyjniejszą aparaturą, skracającą lub całkowicie eliminującą potrzebę hospitalizacji.

Przykładem są nowoczesne tomografy komputerowe. Dzięki nim już niedługo będzie można ocenić stan naczyń wieńcowych u ponad 80 proc. pacjentów, którzy dzisiaj mają wykonywaną koronarografię. Podobnie wygląda leczenie zaćmy metodą fakoemulsyfikacji. Przykłady te każą się zastanowić nad rozwojem leczenia stacjonarnego oraz nad kierunkami restrukturyzacji placówek.

Niskie nakłady finansowe na opiekę zdrowotną skłaniają z kolei do refleksji nad racjonalnością wydatków, a liczne wyjazdy lekarzy do pracy za granicą prowokują do dyskusji nad koniecznością poprawy statusu finansowego całego środowiska medycznego.

Ciężar restrukturyzacji

Większość ekspertów ocenia, że nie znikną kolejki pacjentów w poczekalniach ambulatoriów. Żądane są radykalnej poprawy w tym zakresie, ale istnieje możliwość zmniejszenia uciążliwości tego zjawiska.

Ciężar restrukturyzacji będzie spoczywał na szpitalach powiatowych oraz placówkach zlokalizowanych w miastach posiadających jednostki o podobnym profilu. I to właśnie one napotkają na barierę nie do pokonania – jak sobie poradzić z niedoborem wyższego i średniego personelu medycznego. Rozwiązaniem jest

niewątpliwie tworzenie dobrze zorganizowanej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, mogącej zatrudnić wykształconą kadrę medyczną.

Sieć szpitali

Koncepcja tworzenia sieci szpitali nie może być oparta wyłącznie na podstawowych działach: chirurgii, internie, ginekologii i pediatrii. Placówki muszą mieć ścisłe związki z ratownictwem medycznym i ośrodkami akademickimi, bo to one na ogół udzielają świadczeń wysoko specjalistycznych. Niestety, sieć musi zostać uwolniona od balastu, jakim jest aktualna baza szpitalna. Nie można zakładać, że wszystkie istniejące placówki i jednostki zostaną włączone do sieci. Poza nią powinny pozostać np. te, których stan techniczny nie pozwala na prowadzenie działalności przez najbliższe 2, 3 lata, a modernizacja jest nieopłacalna. Szpitale działające w sieci muszą bowiem realizować zadania, wynikające z polityki zdrowotnej państwa wobec obywateli. Tak przyjęte bardzo ogólne zasady mogą być punktem wyjścia do tworzenia bardziej szczegółowych koncepcji.

mi (o ile zostały zakwalifikowane do sieci szpitali), musi istnieć wzajemna korelacja zakresów i obszarów działania. Wszystkie muszą się wzajemnie uzupełniać.

Niezależnie od publicznej sieci szpitali mogą funkcjonować na rynku placówki konkurencyjne, tworzone np. na potrzeby niepublicznego rynku usług medycznych. Konkurencja między nimi a istniejącymi i funkcjonującymi obecnie szpitalami publicznymi i niepublicznymi jest ze wszech miar pożądana. Jednocześnie jednostki sprawniejsze organizacyjnie, udzielające świadczeń na wyższym poziomie, mogą i powinny wypierać z sieci placówki słabsze. Tego typu wymiana powinna być procesem ciągłym. Nie wolno tworzyć kolejnej skostniałej struktury, na której mechanizmy działania nie ma wpływu zmieniające się otoczenie. Oczywiście wymaga to ustalenia jasnych i czytelnych kryteriów zmiany szpitala w sieci.

Kontraktowanie świadczeń

Podstawowe błędy kontraktowania świadczeń przez NFZ polegały na możliwości dokonania przesunięcia aż 40 proc. funduszy

» Koncepcja tworzenia sieci szpitali nie może być oparta wyłącznie na podstawowych działach: chirurgii, internie, ginekologii i pediatrii »

Zanim jednak powstanie sieć, konieczne jest uporządkowanie formy własności (wskazania organów założycielskich). Dobrze by się stało, gdyby placówki pozostające pod nadzorem właścicielskim samorządów gminnych i powiatowych zostały poddane jedynie nadzorowi samorządu szczebla wojewódzkiego. Z tak zorganizowaną formą własności łatwiej jest tworzyć sieć szpitali. Oczywiście jest, iż podobne zasady winny przyświecać tworzeniu sieci placówek resortowych, aby ich zaplecze (często na dobrym poziomie) mogło być wykorzystane na rzecz całego społeczeństwa. Jednocześnie jednoimienne szpitale specjalistyczne, prowadzące terapię schorzeń ostrych, centra leczenia oparzeń, centra leczenia ostrych zatruc oraz te, które zajmują się schorzeniami przewlekłymi (leczenie gruźlicy, terapia po urazach narządu ruchu, rehabilitacja pozawałowa itp.), powinny tworzyć inny typ sieci szpitali.

Wzajemna korelacja

Między wymienionymi typami szpitali, ale także jednostkami prywatnymi czy kościelnymi

w obrębie tej samej jednostki. NFZ zmniejszał także odpłatność za świadczenia zdrowotne możliwe do wykonania w innych warunkach niż szpitalnych. Racjonalne działania dyrektorów niektórych placówek polegały na przystępowaniu do konkursu ofert z prezentacją wysokich potrzeb na słabo obłożone oddziały. Żłudzenie płatnika polegające na zakupie tanio dużej liczby świadczeń mściło się w krótkim okresie. Po I kwartale dyrektorzy tych samych placówek *przesuwali* pieniądze do oddziałów, gdzie cena jednostkowa świadczenia była wysoka. Tym oto drobnym manewrem szpitale te nie tylko utrzymywały finansowe *status quo*, ale po krótkim czasie mogły występować (najczęściej po II kwartale) o wypłatę funduszy na pokrycie zrealizowanych świadczeń ponadlimitowych.

Bardzo niekorzystnym dla całości systemu krokiem było utrzymanie wyższych cen w szpitalach na takie same świadczenia, które mogły być realizowanymi w warunkach ambulatoryjnych. Tu rodzą się pytania: czyżby

kierownictwo NFZ nie było zainteresowane obniżaniem kosztów świadczeń tam, gdzie jest to możliwe? Czy funduszu nie interesuje przekazanie pieniędzy placówkom faktycznie świadczącym dużo dobrych i na wysokim poziomie świadczeń zdrowotnych?

Dzięki mechanizmom, o których mowa, można by *wolnić* fundusze na rozwój specjalistki ambulatoryjnej, procedur jednodniowych, realizowanych w systemie ambulatoryjnym. A wszystko bez konieczności utrzymywania kosztochłonnej bazy szpitalnej. W ten sposób pracownicy szpitali, które znalazłyby się poza siecią, mogliby w sposób płynny znaleźć zatrudnienie w nowych strukturach opieki zdrowotnej. Działania tego typu muszą być realizowane z wyprzedzeniem, a mechanizmy wyzwajające powinny powstać przynajmniej rok wcześniej. Wszystko musi być połączone z akcją informacyjną, mającą na celu minimalizację niepokoju pracowników i społecznych.

kłych oraz problemów zdrowotnych uznanych za problemy o istotnym społecznie znaczeniu.

Praktycznym przykładem może być opieka pediatryczna nad dziećmi ze schorzeniami urologicznymi. Lekarz pierwszego kontaktu, stwierdzając schorzenie o charakterze urologicznym, kierowałby pacjenta do poradni specjalistycznej, spełniającej warunki określone przez konsultanta krajowego. Placówką stacjonarną, mogącą diagnozować i leczyć schorzenia urologiczne może być tylko ta, która również spełni kryteria określone w odpowiednich standardach przez konsultanta krajowego. Prawdopodobnie terapii prowadzonych poza wielkimi aglomeracjami mogą nadzorować bezpośrednio konsultanci wojewódzcy (stosując w ocenie standardy wypracowane przez zespół konsultanta krajowego). Monitoring dotyczyłby możliwości realizowania świadczeń przez placówki ambulatoryjne i stacjonarne. Wszystko na podstawie jasnych kryteriów,

” Pracownicy szpitali, które znalazłyby się poza siecią, mogliby znaleźć zatrudnienie w nowych strukturach opieki zdrowotnej – opiece ambulatoryjnej ”

Specjalistyka ambulatoryjna

Na podobnych zasadach ogólnych powinna być organizowana opieka ambulatoryjna. Oczywiście, musi ona być rozmieszczona na terenie kraju w sposób równomierny, aby zabezpieczała podstawowe świadczenia medyczne.

Zasady tworzenia opieki ambulatoryjnej nie muszą jednak podlegać tak rygorystycznym regulacjom, jak sieć szpitali. Placówki powinny jednak spełniać warunki wymagane do wpisania jednostki do właściwego rejestru podmiotów wypełniających dane świadczenia. Jasne muszą być natomiast zasady wsparcia przez instytucje publiczne, kreujące politykę zdrowotną w regionie. Trzeba także określić podmioty zamierzające działać na rynku usług uznanych w danym regionie za deficytowe. Jednocześnie liczba podmiotów świadczących usługi specjalistyczne w warunkach ambulatoryjnych powinna wzrastać, a ciężar finansowy nakładów na tę sferę świadczeń systematycznie rosnać.

Ścieżki dostępu

Ścieżką dostępu do świadczeń medycznych powinno być spójne współdziałanie placówek realizujących terapię schorzeń nagłych, przewle-

objętych m.in. kwalifikacje personelu, zaplecze diagnostyczne (bez nowoczesnych technik diagnostycznych: CT, NMR, scyntygrafii nie można mówić o odpowiednim zapleczu) oraz ciągłość leczenia poszpitalnego (możliwość wykonania okresowych kontroli specjalistycznych). Kryteria takie pozwolą określić wymogi stawiane placówkom.

Przyszłość

Przed tak kształtowanymi standardami tworzenia i funkcjonowania sieci szpitali nie uciekniemy. To podstawa do budowy racjonalnego systemu opieki zdrowotnej. Kryteria te powinny obejmować nie tylko aspekt finansowania (przez wielu wymieniany właśnie na pierwszym miejscu) placówek tworzących sieć. Istotne jest przejście odpowiedzialności za określanie wymogów stawianych placówkom. Oczywiście, w taki sposób, aby mogły one prowadzić nowoczesną, zgodną z aktualnie obowiązującymi kanonami sztuki medycznej terapię oraz spełniać potrzeby zdrowotne społeczeństwa.

Autorzy tworzą Zarząd
Polskiego Towarzystwa Standardów Medycznych Polstmed.
Tytuł i śródtytuły pochodzą od redakcji