

# Co z tą siecią?



for. Archiwum

**dr Grzegorz Luboiński z warszawskiego Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie**

Idea tworzenia sieci szpitali, tzn. placówek, które zabezpieczą potrzeby zdrowotne społeczeństwa, jest w pełni uzasadniona. Pozostaje pytanie, czy jednostki będące w sieci zagwarantują określoną jakość usług, ich liczbę, czy też kryterium będzie właściciel (czy organ założycielski) szpitala. Trudno zrozumieć, na jakiej podstawie szpitale te będą miały zagwarantowane kontrakty z płatnikiem (na razie NFZ, a jak będzie, gdy pojawi się prawdziwa firma ubezpieczeniowa?). Mimo deklaracji ustalenie sieci szpitali nie udało się poprzednim rządóm i warto zbadać przyczyny tego niepowodzenia. Trudno wyobrazić sobie tworzenie sieci bez ustalenia

„ Może wreszcie uda się doprowadzić do sytuacji, że szpitale, dla których nadrzędnym celem istnienia jest zapewnienie zatrudnienia (za nasze pieniądze) krewnym i znajomym władz, po prostu przestaną istnieć ”

koszyka świadczeń (czyli jakie kryteria mają sieciowe szpitale spełniać) i bez ustalenia zasad zobowiązania płatnika do zakupu usług właśnie tam. Wreszcie niepodjęcie jakiejkolwiek dyskusji merytorycznej o tych kryteriach z podaniem propozycji pod dyskusję społeczną i środowiskową (samorządy zawodowe) i odwlekanie tego problemu *na później* (czytaj: po wyborach samorządowych) świadczy w sposób jednoznaczny, że na decyzje polityków będą miały wpływ nie tylko kryteria merytoryczne. Pozostaje jednak mieć nadzieję, że może tym razem uda się wybrać te szpitale, które są dobrze zarządzane, mają dobre wyniki nie tylko ekonomiczne, ale i są dobrze oceniane przez leczonych i leczących. Może wreszcie uda się doprowadzić do tego, że szpitale, dla których nadrzędnym celem istnienia jest zapewnienie zatrudnienia za nasze pieniądze krewnym i znajomym władz, po prostu przestaną istnieć. Ale patrząc na opieszałość w rozwiązaniu np. problemu sanatoriów, trudno być optymistą. ■



for. Archiwum

**Andrzej Sokołowski,  
prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Niepublicznych**

O sieci mówi się od bardzo dawna. Wszyscy dyrektorzy szpitali oczekują, że rozwiąże ona ich problemy, gdyż wpisanie na listę da gwarancje finansowe państwa. Tymczasem projekt ustawy jest niekompletny, bo powinien opisywać, jaki standard muszą utrzymywać szpitale sieciowe. Jest to też pewne alibi dla polityków. W wypadku jakiegokolwiek zamieszania wokół służby zdrowia, zawsze będą mieli jedną wymówkę: – *Nie martwcie się, mamy sieć szpitali, która zabezpieczy potrzeby społeczeństwa*. Jest to oczywiście nieprawda, bo kilkadziesiąt szpitali, które znajdują się na tej liście, nie zabezpieczy w żaden sposób potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Wiadomo już, że sektor szpitalnictwa niepublicznego, przez lata niedoinwestowany i wrogo

traktowany przez płatnika, czyli urzędników państwowych, którzy co innego mówią, a co innego robią, nie zostanie uwzględniony na liście. Sieć szpitali to tylko forma zabezpieczenia finansowego, a nie jakościowego czy organizacyjnego. Ciągłe traktuje się ochronę zdrowia w kategoriach politycznych, nie zaś handlowych. A to jest taka sama działalność handlowa, jak każda inna, wszystko się przelicza na wartość jednostkową. Straszanie, że pewnego dnia nie będzie

” Tak naprawdę sieć nie jest nikomu potrzebna, bo jeśli gdzieś są braki w systemie, wypełnia je sektor prywatny ”

się gdzie leczyć, można włożyć między bajki. Tak naprawdę ta sieć nie jest nikomu potrzebna, bo jeśli gdzieś są braki w systemie, wypełnia je sektor prywatny. Wiadomo, że od wielu lat duże zachodnie organizacje medyczne mają plany wejścia na nasz rynek, a hamuje je tylko bałagan prawny. Wszystko w naszym kraju może być prywatne, samolot, dom, autostrada, ale już szpital prywatny budzi nieufność społeczeństwa i wrogość urzędniczą. Wrogość ta jest zauważalna przynajmniej na poziomie zastępcy ministra. ■

**Marcin Kautsch**  
z Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum UJ

Zarówno ten rząd, jak i wszystkie poprzednie wykazywały pewną bezsilność wobec poczynań różnych lobby, co sprawiło, że nie wykazano zdecydowania, by zlikwidować łóżka czy zamknąć szpitale, na które nas nie stać. Nie wiem, co ta sieć da, być może jest to początek cichego przyzwolenia na zamykanie szpitali. Znaczna część placówek będących poza siecią najprawdopodobniej nie da sobie rady. Dodatkowe ubezpieczenia, na jakie wszyscy liczą, zapewne nie będą w stanie udźwignąć ciężaru opieki stacjonarnej – nie sądzę, by było aż tylu chętnych do wykupienia tego typu ubezpieczeń, które muszą sporo kosztować. Natomiast sieć musi być ele-



foto: Agencja AGORA

” Dla szpitali, które wejdą do sieci, może to być rodzaj usprawiedliwienia – *jestemy w sieci, więc nie można nam nic zrobić* ”

mentem zmiany polegającej na reformie systemu, racjonalnym zamykaniu szpitali, przy jednoczesnym zwiększaniu potencjału innych sektorów. Bez poważnych ruchów finansowych wyciągnięcie pacjentów ze szpitali i zaoferowanie usług w trybie ambulatoryjnym czy domowym nie jest możliwe. Równocześnie jednak Polski nie stać na utrzymywanie aż tak dużej liczby szpitali. I to trzeba odważnie powiedzieć, a nie działać przy przymkniętej kurtynie. Problemem jest też nie tylko to, co się stanie z szpitalami poza siecią, ale przede wszystkim z tymi, które wejdą do sieci. Może to być dla nich rodzaj usprawiedliwienia – *jestemy w sieci, więc nie można nam nic zrobić*. Inaczej mówiąc – jest to prośenie się szpitali o to, by były mało efektywne. Jeśli nie określi się precyzyjnie, jakie są wymagania wobec takich jednostek, nie będzie na nie bata, stanie się to zachętą do bezkarnego zadłużania się. Jeśli ustawa jednoznacznie nie wyjaśni, co się z tymi szpitalami będzie działo, jakie będą mieć obowiązki, i nie znajdzie narzędzi, by te obowiązki wyegzekwować, jest to zła ustawa. ■



foto: Agencja AGORA

**dr Anna Iwaszkiewicz-Pawłowska,  
dyrektor Samodzielnego Publicznego Dziecięcego Szpitala Klinicznego  
im. dr. L. Zamenhofs Akademii Medycznej w Białymstoku**

Faktem jest nadmiar liczby łóżek w stosunku do rzeczywistych potrzeb w niektórych dziedzinach. Zwłaszcza, że coraz sprawniejsza diagnostyka pozwala na przeniesienie wielu hospitalizacji do sektora leczenia ambulatoryjnego – jest to postępujący trend. Zatem określenie i utrzymanie właściwej liczby łóżek jest na wskroś niezbędnym kierunkiem ekonomicznym, pozostającym w ścisłym powiązaniu z racjonalnym rozdziałem pieniędzy na drodze płatnik – świadczeniodawca. Przy sieci szpitali pieniądze będą dzielone celowo, z właściwym wykorzystaniem bazy diagnostyczno-tera-

” Przy sieci szpitali pieniądze będą dzielone celowo, z właściwym wykorzystaniem bazy diagnostyczno-terapeutycznej ”

peutycznej. Przewidywana – zwiększona liczba pacjentów w szpitalach sieci pozwoli na racjonalny przepływ pieniędzy za pacjentem. Choć koszyk świadczeń nie ma istotnego wpływu na tworzenie sieci, to niewątpliwie poprawi sytuację finansową szpitala. Pewne procedury nie będą finansowane z jednego źródła, jakim w chwili obecnej jest NFZ. Dodatkową nadzieję na poprawę obecnej sytuacji stwarza wzrost liczby instytucji ubezpieczających. Starzenie się społeczeństwa powoduje popyt na rehabilitację, opiekę długoterminową, oddziały dla przewlekle chorych. Zatem rozszerzenie listy podmiotów świadczących wymienione usługi można by zabezpieczyć przez przekształcenie zakładów pozostających poza siecią. ■

Małgorzata Wawrzyniak

## KONFERENCJA

Problemy terapii chorych  
z nadciśnieniem tętniczym i cukrzycą  
w praktyce lekarza rodzinnego



**Poznań, 18 listopada 2006 r.**

Novotel Poznań Centrum, pl. W. Andersa 1

### Wykładowcy i tematy:

**prof. dr hab. med. R. Andrzejak:** Problemy w terapii nadciśnienia tętniczego w praktyce lekarza rodzinnego

**dr hab. med. K. Filipiak:** Leczenie nadciśnienia tętniczego – prewencja incydentów sercowo-naczyniowych

**prof. dr hab. med. B. Wierusz-Wysocka:** Aktualne standardy leczenia cukrzycy – jak przystają do praktyki lekarza rodzinnego?

**prof. dr hab. med. A. Tykarski:** Nadciśnienie tętnicze i cukrzyca – kumulacja negatywnych czynników ryzyka

**prof. dr hab. med. D. Pupek-Musiałik:** Leczenie chorych z zespołem metabolicznym – standardy a praktyczna aplikacja zaleceń

**dr hab. med. D. Zozulińska:** Rola i zasady edukacji w stosunku do pacjentów z nadciśnieniem tętniczym i cukrzycą w praktyce lekarza rodzinnego

**dr n. med. W. Bryl:** Nadciśnienie tętnicze w młodym wieku – interwencja: kiedy, jaka i dla kogo?

### ZE WZGLĘDU NA OGRANICZONĄ LICZBĘ MIEJSC

PROSIMY DOKONAĆ WCZEŚNIEJSZEJ REJESTRACJI.  
**FORMULARZE ZGŁOSZENIOWE ZNAJDĄ PAŃSTWO  
NA NASZEJ STRONIE:**  
[www.termedia.pl](http://www.termedia.pl) {nasze konferencje}

TERMIN NADSYŁANIA ZGŁOSZEŃ  
**MIJA 10 listopada 2006 r.**

Komitet organizacyjny:  
Wydawnictwo Termedia sp. z o.o.  
ul. Wenedów 9/1  
61-614 Poznań  
tel. +48 61 822 77 81  
faks +48 61 822 77 81 w. 21  
e-mail: [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl)

Patronat naukowy: **prof. dr hab. med. Danuta Pupek-Musiałik**



Organizatorzy:  
Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Zaburzeń Metabolicznych  
i Nadciśnienia Akademii Medycznej w Poznaniu  
oraz Wydawnictwo Termedia, wydawca m.in. Przewodnika Lekarza



[WWW.TERMEDIA.PL](http://WWW.TERMEDIA.PL)

Uczestnikom zostanie przyznanych 5 punktów edukacyjnych