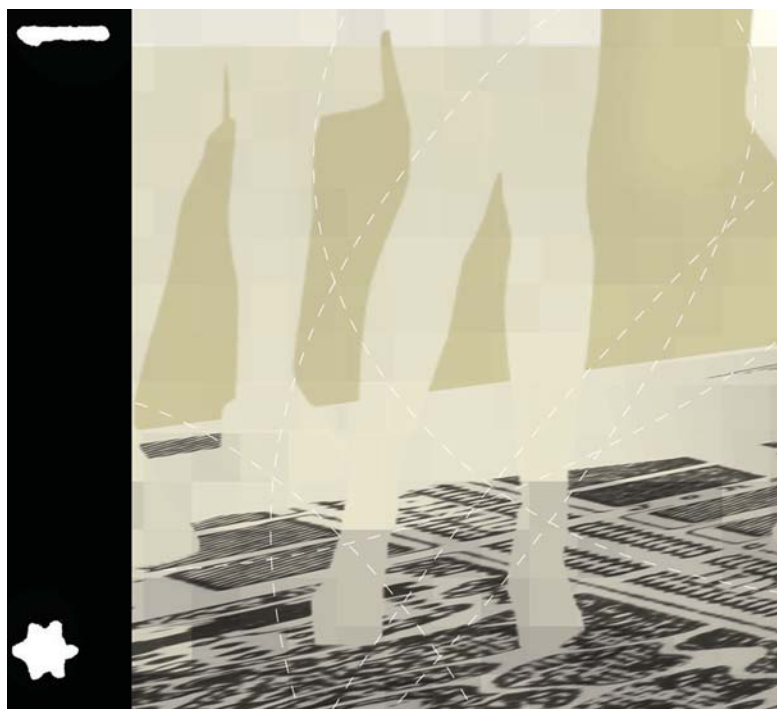


Największym problemem polskiego szpitalnictwa nie jest niedobór funduszy, lecz brak koncepcji poprawy sytuacji placówek medycznych

Fortece zdrowia

Jacek Paszkiewicz



W ostatnich latach uchwalono wiele ustaw, mających wpływ na funkcjonowanie szpitali. Dzięki temu zostały one uprzywilejowane legislacyjnie.

Powstała ponadto koncepcja sieci, głównie z myślą o lecznictwie zamkniętym. Powołano też Agencję Oceny Technologii Medycznych, której zadaniem jest opracowanie koszyka świadczeń gwarantowanych. Od 2 lat obowiązuje ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji sp zoz-ów. Na poprawę stanu finansowego szpitali przeznaczono z budżetu państwa ponad 2 mld zł (pożyczka ta została częściowo umorzona). Mimo to największym problemem polskiego szpitalnictwa nie jest niedobór funduszy, lecz brak koncepcji poprawy sytuacji placówek medycznych.

Wspomniane pieniądze okazały się *trudne* do wykorzystania. Dlatego minister zdrowia zlecił nowelizację ustawy. O efektywnym wydatkowaniu funduszy nie może być jednak mowy, bo jest publiczną tajemnicą, że połowa planów restrukturyzacyjnych miała wartość makulatury. Pieniądze zostaną więc wchłonięte przez szpitale, a problem pozostanie. Podobnie jak opinia, że wyłożona kwota była niewystarczająca i nie mogła się przyczynić do poprawy kondycji placówek. W efekcie wielu dyrektorów już dzisiaj czeka na kolejne *oddłużenie*.

Filia starostwa powiatowego

Rozwiązania problemu nie ułatwiają gremia decyzyjne i opiniotwórcze. Dla dziennikarzy i polityków lokalny szpital jest fortecą zdrowia – jedynym i ostatnim bastionem czegoś, co minister Łapiński nazwał *bezpieczeństwem zdrowotnym* – i jeśli zostanie zlikwidowany, w powiecie lub dzielnicy natychmiast dojdzie do masowych zgonów i tragedii, a poziom życia mieszkańców obniży się do stanu z początków państwowości polskiej. Zwiększeniu bałaganu sprzyja chaos pojęciowy i stereotypy upowszechniane w mediach. Uparcie powtarzana jest opinia, że szpitale pełnią wyjątkową funkcję polityczną, *ergo* muszą się znajdować w każdym powiecie i mieście, bo inaczej może dojść do rozpadu ośrodków władzy, a ludzie nie będą mieli gdzie się schronić przed zarazą. Nic dziwnego, że w starostwie szpital często jest traktowany jak polityczny referat do zadań specjalnych.

Jak bardzo zakorzeniła się ta wizja, najlepiej widać podczas corocznego konkursu ofert. Niemal we wszystkich lokalnych stacjach telewizyjnych można obejrzeć relacje z podpisywania (po długich negocja-



cjach) przez dyrektora szpitala umowy z NFZ. Wystarczy posłuchać dramatycznych komentarzy dziennikarzy, którzy do końca nie znają odpowiedzi, czy władca forticy umowę parafuje i tym samym uratuje społeczeństwo przed śmiercią i chorobami.

O tym, jak wielką rolę polityczną odgrywa szpital, można się przekonać też w czasie obecnych strajków lekarzy. Ich organizatorzy postanowili przerzucić placówki na jałowy, *ostrodyżurowy* bieg. Liczyli zapewne na wywołanie lęku i szeroki oddźwięk społeczny. Media ekscytują się tym, które szpitale strajkują i co z tego wyniknie, ale okazuje się, że z ograniczenia dostępności do trybu *ostrodyżurowego* w krótkiej perspektywie niewiele wynika. Zwłaszcza dla pacjentów. Bardziej dolegliwy byłby strajk w lecznictwie otwartym, ale nie mniej instruować strajkujących.

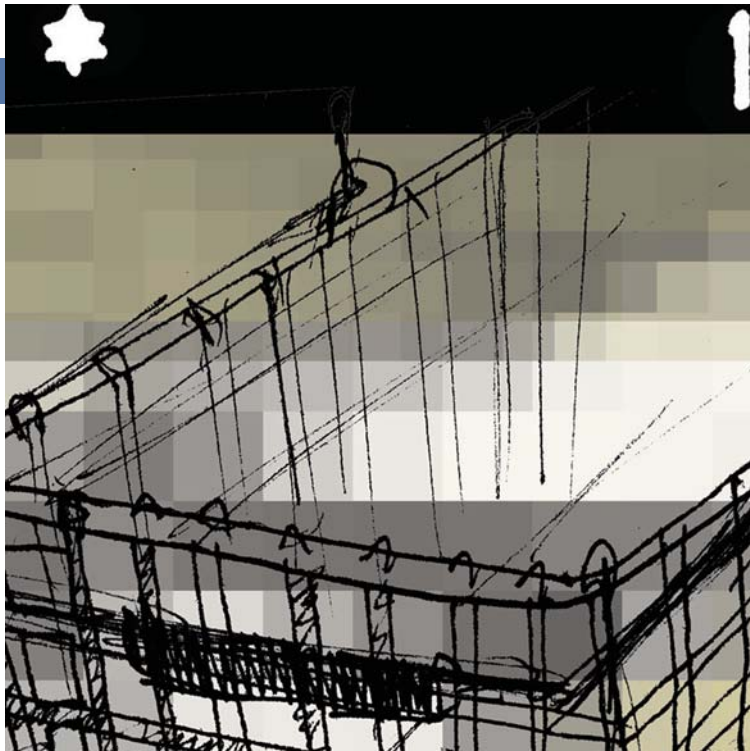
Freestyle

Większość kłopotów szpitalnictwa jest konsekwencją przesadnego pozycjonowania go w systemie. Przyjęcie takiego punktu widzenia wpływa bowiem bezpośrednio na sposoby komunikacji i rozwiązywania problemów. A od lat próbuje się to robić metodami na miarę wizji, a więc intuicyjnie, łącząc układy towarzysko-polityczne z myśleniem magicznym. Ostatnio w większości oddziałów funduszu pojawili się nowi dyrektorzy szpitali. Odwiedzali je z nadzieją uzyskania pieniędzy. Problemem jest to, że zrobili to, nim dowiedzieli się, jakie mają oddziały szpitalne i jakie są ich

potrzeby. Takie postępowanie tylko mnoży problemy zarówno te wynikające z bagażu przeszłości (zadłużenie, abstrakcyjna infrastruktura, niedopasowana do zadań, jakie ma szpital wykonywać w danym miejscu), jak i obecne, np. zarządcze (karuzela stanowisk dyrektorskich lokalnych szpitali obsadzanych wg klucza politycznego). Do tego należy dodać beznadziejnie upolitycznione zarządzanie wewnętrzne i anachroniczne stosunki feudalne na oddziałach.

Statystyka chaosu

Na skutek obecnego pozycjonowania szpitali w systemie problemy ma też publiczny płatnik, przede wszystkim ze względu na ciągły wzrost liczby hospitalizacji. W latach 2000–2005 zwiększyła się ona o ponad 70 tys. I nikt nie potrafił tego powstrzymać ani wytłumaczyć. Inną ważną kwestią są nadmierne – w porównaniu z innymi formami leczenia – wydatki na lecznictwo szpitalne. Nie mówiąc o *pączkowaniu* w szpitalach powiatowych oddziałów o ambicjach klinicznych. Taka praktyka powoduje *podkradanie* pieniędzy z umowy na mało istotne i pseudospecjalistyczne cele (zamiast koncentrować się na zasadniczych dla placówki powiatowej zadaniach). Jako że każda placówka powiatowa indywidualizuje swoje plany medyczne (na skutek realizacji lokalnych interesów), w efekcie szpitale powiatowe przypominają chaotyczne fraktale, a istnienie wysp uporządkowania tylko potęguje to wrażenie.



„ Dla dziennikarzy i polityków lokalny szpital jest fortecą zdrowia – jedynym i ostatnim bastionem czegoś, co minister Łapiński nazwał *bezpieczeństwem zdrowotnym* – i jeśli zostanie zlikwidowany, w powiecie lub dzielnicy natychmiast dojdzie do masowych zgonów i tragedii ”

Wiele błędnych decyzji wynika z niewiedzy na temat parametrów działania szpitala. Dane statystyczne przesyłane przez szpitale do PZH ciągle (a być może celowo) niedokładnie obrazują stan hospitalizacji. Przygotowywane dla NFZ sprawozdania dotyczące realizowanych procedur są zupełnie inne. Zresztą w nich również można się doszukać wielu niedokładności, błędów, celowych manipulacji użytym i ponaciąganym na wszystkie strony katalogiem świadczeń. Efektem jest to, że obraz leczenia szpitalnego jednostek chorobowych na podstawie analizy sprawozdawczości NFZ jest zupełnie inny niż na podstawie statystyki zgłaszanej do PZH czy organów założycielskich. Dlatego systemy sprawozdawczości i oceny działalności zarówno medycznej, jak i ekonomicznej wymagają zmiany i opracowania od nowa. Mimo to nadal generuje się wątpliwe dane, które krążą w systemie (dotyczy to sprawozdań medycznych i finansowych) i służą do tworzenia przedziwnych opracowań. Ale w końcu robi się to wszystko rzekomo dla dobra szpitali.

Rewitalizacja skansenów

Ofiarami niedostatecznej wiedzy i celebrowania wizji szpitala są, ponoszące duże koszty organy założycielskie, które próbują – zdarza się – sprawować swoją funkcję, nie mając jakiegokolwiek wiedzy z zakresu zdrowia publicznego i nie znając potrzeb zdrowotnych populacji. I im mniejszy szpital, tym zwykle gorzej z wiedzą i kompetencjami organów założycielskich.

Uczestniczyłem w uroczystych otwarciach wyremontowanych oddziałów, w budynkach mających po kilkadziesiąt lat. Koszt takich inwestycji był wielokrotnie wyższy niż zbudowanie od podstaw nowoczesnego szpitala. Ciekawe, że żadna instytucja kontrolna (np. NIK) nie zainteresowała się, na jakich analizach ekonomicznych opierano się, wydając dziesiątki milionów złotych na remont budynku, który powinien być zburzony, a na jego miejsce (lub gdzie indziej) postawiony nowy. *Magiczne* myślenie o szpitalach wywołuje głębokie przeświadczenie, że zburzenie jakiegokolwiek placówki oznacza koniec świata. Wywołuje to sytuację, w której powstają nowe szpitale, ale obok nich zostają placówki stare. Po prostu zapomina się często *wyłączyć* stary szpital i teraz nie wiadomo po co są dwa. Dlaczego? Bo dwa są lepsze niż jeden. A i tak będą miały podobne obłożenie. To zresztą klasyczny dowód na teorię popytu pobudzanego przez dostawcę usług medycznych (co żadnej instytucji powołanej do oceny rzetelności wydatkowania funduszy publicznych nie interesuje).

Powiatowy instytut kliniczny

Podobnie jest ze sprzętem. Co jakiś czas lokalne media informują, że organ założycielski lub sponsor przekazał szpitalowi specjalistyczne urządzenie, często znacznie przewyższające potrzeby ośrodka powiatowego czy nawet wojewódzkiego. Wiele razy widziałem w placówkach powiatowych sprzęt z rozbudowanymi klinicznymi opcjami (umożliwiającymi wykonywanie skomplikowanych badań naukowych), za który zapłacono mnóstwo pieniędzy.

Podczas takich uroczystości padają wielkie słowa o korzyściach dla pacjentów i całej lokalnej społeczności. I nic nie jest w stanie zepsuć poczucia zadowolenia inwestorów i darczyńców, że zrobili coś dobrego. Tymczasem, biorąc pod uwagę niepopularną wiedzę z zakresu zdrowia publicznego, prawda o efektywności wydawania tych potężnych i głównie publicznych pieniędzy oraz wpływu szpitala na zdrowotność populacji jest inna.

Udokumentowane przez M. Laronda, klasyka ekspertów zdrowia publicznego, twierdzenia wskazują, że nawet przy znakomicie zorganizowanej strukturze, bogatych zasobach sprzętowych i znakomitym finansowaniu, można mieć na danym terenie do czynienia z wysoką chorobowością i śmiertelnością, spowodowaną stylem życia. Dzieje się tak dlatego, że zdrowotność

populacji zaledwie w 10 proc. zależy od medycyny naprawczej. Dlatego większość lokalnych polityków i samorządowców jest zaszokowana, gdy uświadamia im się, że dla zdrowia społeczeństwa o wiele większe znaczenie od tego, czy na miejscu jest szpital, ma styl życia mieszkańców (także ich zamożność i wykształcenie). Decydnym trudno rozumieć, że złotówka wydana na poprawę stylu życia lub środowisko (np. na budowę obiektów sportowych czy poprawę infrastruktury dróg), efektywniej wpływa na poprawę zdrowia lokalnej społeczności. Przynosi zatem większe zyski niż ta sama złotówka przeznaczona na infrastrukturę szpitala. Jednak te oczywiste prawdy budzą sprzeciw profesjonalistów medycznych, bo to oni tak naprawdę, a nie pacjenci, są sprawcami i beneficjentami zakupu niepotrzebnego sprzętu.

jest kultem, w wielu krajach Europy nauczone się radzić sobie z tym problemem. Od dawna zmienia się tam strategię celów systemów zdrowia, skupiając się na opiece ambulatoryjnej i świadczeniach w trybie dziennym bądź egzotycznie dla nas brzmiącej *hospitalizacji domowej*. Do tej grupy świadczeń wyprawadono ze szpitala wiele procedur, u nas realizowanych w trybie stacjonarnym. Nie mówiąc już o strategiach ograniczania podaży, co w Polsce brzmi jak herezja. W efekcie nadal nie udało nam się zreformować najdroższego i najmniej efektywnego elementu systemu. Nie ma czytelnej wizji szpitala powiatowego czy wojewódzkiego. Nie wiemy, czy ma on być samodzielny jak zwykły podmiot gospodarczy (a jeśli tak, to jaką mu przyznać wolność wolnorynkową?).

„ Na skutek obecnego pozycjonowania szpitali w systemie problemy ma też publiczny płatnik, przede wszystkim ze względu na ciągły wzrost liczby hospitalizacji. W latach 2000–2005 zwiększyła się ona o ponad 70 tys. ”

Brak wiedzy

Całkowicie błędne są opinie wielu polityków i lekarzy, że zwiększanie wydatków na system opieki zdrowotnej przekłada się wprost na zmniejszenie umieralności czy zaspokojenie potrzeb zdrowotnych. Wyliczenia Devera dowodzą, że 90 proc. budżetu ochrony zdrowia przeznaczane jest na system opieki zdrowotnej, który zmniejsza umieralność maksymalnie o 11 proc. Dla porównania – na edukację prozdrowotną i zmianę stylu życia wydaje się zaledwie 1,5 proc., a działania te zmniejszają umieralność aż o 43 proc. Szpitale, pochłaniając ok. 50 proc. funduszy z NFZ na systemową ochronę zdrowia, dostarczają mniej niż 10 proc. świadczeń.

Lecznictwo szpitalne jawi się w tym świetle jako nieefektywne i wyjątkowo drogie. Jest częścią systemu, który przy bardzo wysokich kosztach jednostkowych i nieokreślonej w Polsce jakości adresuje swoje usługi do niewielkiej populacji. Przy czym zasadność tych kosztów i skutki ich ponoszenia wydają się niedokładnie znane nawet instytucjom, które powinny to wiedzieć. W dodatku szpital często zarządzany jest intuicyjnie i wg politycznych wskazówek organu założycielskiego, bez rzetelnej oceny pozycji, potrzeb i funkcjonowania danej jednostki.

Anachroniczna wizja szpitala

Oczywiście, nie jest to tylko nasza specjalność, tyle że w odróżnieniu od Polski, gdzie szpital otoczony

Od lat dyskutujemy, czy organ założycielski może szpital sprywatyzować, zlikwidować, sprzedać lub kupić. I kto ma być tym organem założycielskim. Wszelkie sugestie na temat prywatyzacji szpitali traktowane są przy tym jak nietakt towarzyski.

Bez rzetelnych analiz i opracowań naukowych nie pozbędziemy się obecnie obowiązującej wizji, która wiąże intuicyjnie oczekiwania ludzi z konkretnym miejscem – szpitalem. Tymczasem w dobrze funkcjonujących systemach europejskich oczekiwania i zaufanie społeczeństwa związane z dostępnością do świadczeń nie są związane z konkretnym miejscem, ale ze sprawnością całego systemu.

Z przytoczonych opinii nie wynika, że mamy zaprzestać finansowania szpitali i zaniechać inwestycji. Jednak decydenci powinni mieć dużą wiedzę z zakresu zdrowia publicznego, ostrożnie planować i stale ważyć relacje kosztów do efektów zdrowotnych. Najgorsze, że źródłem wiedzy na temat systemu ochrony zdrowia (z braku instytucji naukowo-badawczych) stają się często samozwańczy eksperci, doradzający za pośrednictwem różnych firm. Wątpliwa wiedza ekspercka nie zastąpi jednak rzetelnych opracowań naukowych. Ich brak to nie wynik tego, że nie ma u nas osób mogących się poszczycić poważnym dorobkiem naukowym na temat szpitali. Problemem jest to, że publikacje naukowe można znaleźć w niszowych czasopismach lub periodykach wydawanych na zachodzie Europy.



graf. (3x) Natalia Gościński

„ Obraz dotyczący leczenia szpitalnego jednostek chorobowych na podstawie analizy sprawozdawczości NFZ jest zupełnie inny niż na podstawie statystyki zgłaszanej do PZH czy organów założycielskich ”

Pusta sieć

Efektom tej niemocy jest to, że nawet tak ważne przepisy, jak projekt ustawy o sieci, oparły się na słabym merytorycznie opracowaniu PZH. Dokument ten stał się zresztą przedmiotem krytycznych artykułów w prasie medycznej i o jego wadach powiedziano już prawie wszystko.

Prawdopodobnie dobry skądinąd pomysł sieci zakończy się niepowodzeniem. Nie ma bowiem zaplecza intelektualnego instytutu czy chociaż wydziału, który zajęłby się od strony naukowej rozmieszczeniem i strukturą bazy szpitalnej. Rady ds. szpitalnictwa, przewidziane ustawą o sieci, pozostaną po ich powołaniu bezbronne wobec nacisków mediów i polityków. Efektem będzie włączanie do sieci wszystkiego, co nawet udaje szpital i ma poparcie. Jednocześnie, mając w swoim składzie politycznie wybrane grono *fachowców*, rady mają szansę powielić *skuteczność* podobnych gremiów działających w przeszłości. Może zatem wypadałoby odroczyć wpro-

wadzenie ustawy o sieci przynajmniej o rok i skonstruować najpierw zaplecze, które zajęłoby się zmianą orientacji systemu opieki stacjonarnej na bardziej nowoczesny? Takie zaplecze służyłoby w przyszłości gremiom decyzyjnym wsparciem merytorycznym oraz rozwiązaniu problemów szpitali klinicznych. Warto bowiem zauważyć, że od lat brakuje jednolitej koncepcji, czy szpital kliniczny to ośrodek naukowy, badawczy, dydaktyczny czy usługowo-referencyjny. Ten stan powoduje specyficzne rozszczepienie jaźni wszystkich, którzy tam pracują. Oczywiście, nie stać nas na taki luksus, jak np. Francję, gdzie problemami szpitalnictwa zajmuje się kilka instytutów i agencji. U nas wystarczyłoby na razie jeden instytut lub wydział, ale z pracownikami naukowymi zamiast wątpliwych ekspertów i doradców. I co ważne – instytut powinien być wolny od nacisków politycznych.

dr n. med. Jacek Paszkiewicz jest zastępcą dyrektora ds. medycznych Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ

Oszczędzaj czas
Zamów prenumeratę przez Internet: www.termedia.pl

lub
skontaktuj się z naszym konsultantem:
prenumerata@termedia.pl
tel./faks: +48 61 656 22 00