



Bilans jest dodatni

Minął już ponad rok od wprowadzenia do polskiego systemu ochrony zdrowia pojęcia *podstawowego szpitalnego zabezpieczenia*, czyli tzw. sieci szpitali. Decyzja ta była poprzedzona długą, często bardzo emocjonalną (i polityczną) dyskusją, w której prognozowano masowe zamykanie niezbędnych w systemie szpitali, negatywną selekcję pacjentów, upadek sektora prywatnego i wiele innych strasznych konsekwencji projektowanego rozwiązania. Zapomniano jakby o kłopotach z utrzymaniem szpitali oraz wielu innych problemach osób zarządzających tymi jednostkami, a przede wszystkim o chorych wymagających leczenia szpitalnego przed wprowadzeniem sieci.

Po wejściu w życie nowego rozwiązania przede wszystkim okazało się, że w znacznym stopniu przewiduje ono zarządzanie wszelkimi możliwymi trudnościami. Nie było niespodzianek. Proces zaliczania

profilowych, kontynuuje swoją działalność poza siecią na podstawie umów zawartych w wyniku konkursów uzupełniających sieć, rozpisanych przez oddziały NFZ. Zarządzający szpitalami mają większą swobodę w alokowaniu środków z kontraktów pomiędzy wewnętrznymi komórkami; niektórzy z nich dokonali korzystnych zmian w strukturze szpitali odpowiadających wymaganiom sieci. Pacjenci wypisywani ze szpitali mają lepszy dostęp do ambulatoryjnego leczenia poszpitalnego i rehabilitacji. Szpitalne oddziały ratunkowe oraz izby przyjęć zostały nieco odciążone od pacjentów niewymagających leczenia szpitalnego przez poradnie nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej (NŚPL). Pojawiły się pierwsze elementy promujące finansowo potwierdzoną jakość opieki i bezpieczeństwo pacjentów.

Oczywiście padają propozycje modyfikacji, np. rezygnacji z ciągłego dyżurowania wszystkich szpitali

„Wprowadzając sieć szpitali, Polska dołączyła do dużej części państw europejskich, w których podobne rozwiązania istnieją już od dawna”

szpitali do sieci przebiegł sprawnie, a na pozór trudne wzory matematyczne służące obliczeniu wysokości ryczałtów obie strony (Narodowy Fundusz Zdrowia i dyrektorzy szpitali) zrozumiały dobrze. Wprowadzeniu sieci towarzyszyła niemająca precedensu operacja zapłacenia szpitalom tzw. nadwykonań.

Po roku działania sieci szpitali, podczas kilku debat podsumowujących właściwie jedyną skargą słyszaną z ust dyrektorów szpitali jest zbyt niski poziom finansowania zarządzanych przez nich jednostek. To oczywiście nic nowego i trudno dyrektorom nie przyznać racji, zwłaszcza że nie podlega dyskusji obiektywny wzrost kosztów będący pochodną np. niezależnych od dyrektorów wzrostów wynagrodzeń, a także oczekiwanych podwyżek cen prądu. Nie ma to jednak wiele wspólnego z siecią.

Warto zauważyć, że wprowadzając sieć szpitali, Polska dołączyła do grona dużej części państw europejskich, w których podobne rozwiązania istnieją już od dawna. Konsekwencją wprowadzenia sieci na pewno nie było zamykanie szpitali (ani publicznych, ani prywatnych); część mniejszych placówek, zwłaszcza jedno-

sietowych czy zniesienia obowiązku posiadania poradni NŚPL przez szpitale jednoprofilowe. Zapewne pojawi się więcej projektów zmian wynikających z doświadczeń minionego czasu, jednak w opinii większości bilans wprowadzonych zmian jest zdecydowanie dodatni.

Ciekawym wnioskiem, który nieśmiało był wysuwany już podczas wprowadzania sieci, a obecnie coraz częściej pojawia się ze strony ekspertów systemu ochrony zdrowia, jest rosnąca świadomość konieczności co najmniej koordynacji opieki szpitalnej na poziomie regionu (w wersji bardziej radykalnej: ujednoczenie struktury właścicielskiej szpitali publicznych w województwie) pozwalającej na podejmowanie decyzji racjonalizujących organizację leczenia szpitalnego (dotyczy to również koniecznych zmian w rozmieszczeniu poszczególnych oddziałów szpitalnych oraz oczekiwanej redukcji liczby łóżek tzw. ostrych). Wielu ekspertów mówi wprost (odwrotnie niż większość dyskutantów podczas projektowania sieci), że w organizacji i koordynacji lecznictwa szpitalnego (tzn. sieci szpitali) należy posunąć się jeszcze dalej! Czy starczy nam odwagi? ■