

W sieci jakości

Minister zdrowia ogłosił projekt ustawy o sieci szpitali. 700 dyrektorów placówek czekało na 13 listopada (dzień po wyborach samorządowych) jak na zbawienie. Wreszcie mieli się dowiedzieć, czy ich jednostki znajdują się w ministerialnej sieci. Tymczasem z projekt resortu zdrowia to zbiór ogólników, z którego niewiele można wywnioskować. Zapisy projektu mówią m.in., że szpital musi mieć odpowiednią kadrę i zapewniać pacjentom dostęp do leczenia. Dla szefów polskich placówek medycznych to nie jest żadna nowość. Trzeba zatem poczekać na rozporządzenia wykonawcze.

Joanna Szymankiewicz-Czużdaniuk, dyrektor Miejskiego Szpitala Zespólnego w Olsztynie

Ciągle nie znamy szczegółowych założeń sieci szpitalnej. Jednak na pewno liczba łóżek nie jest najważniejszym kryterium, bo nie odzwierciedla rzeczywistego potencjału i możliwości danego szpitala. Są bowiem placówki mające niewiele łóżek, ale za to wysoko wyspecjalizowaną kadrę, która zapewnia całodobową ciągłość opieki nad pacjentem. Jednocześnie bywają duże szpitale, które z powodu braku kadry medycznej nie zapewniają całodobowych dyżurów, np. anestezjologa (co uniemożliwia wykonywanie operacji). Głównym kryterium tworzenia sieci powinna być jakość i kadra szpitala, umożliwiająca zapewnienie całodobowej opieki. Również odległość między szpitalami odgrywa dużą rolę. Według mnie należy zgrupować niektóre oddziały zabiegowe w jednym szpitalu i tam zapewnić pełną kadrę. W pozostałych szpitalach można zorganizować oddziały geriatryczne, turnusy rehabilitacyjne dla ludzi w podeszłym wieku (usprawniające i dające możliwość życia w komforcie), co sprawi, że nie staną się oni za chwilę *ciężkimi pacjentami* oddziałów wewnętrznych. Przy czym należy pamiętać o tym, że w każdym mieście tam, gdzie był szpital powinno zostać zachowane całodobowe ambulatorium chirurgiczne i ginekologiczno-położnicze. W tych ambulatoriach znajdzie zatrudnienie pięciu chirurgów, pięciu ginekologów, a dzięki temu pacjent będzie miał zapewnioną natychmiastową pomoc w nagłych przypadkach. Dlatego sieć szpitali musi brać pod uwagę kadrę medyczną, bo to potencjał placówki zapewniający całodobową opiekę.



fol. Archiwum

Jacek Wojciechowicz, ekspert Banku Światowego

Przedstawiony przez resort zdrowia projekt jest nieprecyzyjny. Wydaje mi się, że celem ustawy jest centralizacja zarządzania szpitalami. Pytanie, czy to jest dobry kierunek? Szczególnie, że musiałby tu być jakiś supernadzór jednej strony, a to powoduje szereg zagrożeń. Na pewno będzie ogromna presja na znalezienie się w sieci, bo to zapewni utrzymanie płynności finansowej. Mam wrażenie, że może też dojść do sytuacji, w której lepsze szpitale będą subsydiowały szpitale słabsze. Nie wymusi to jednak tak pożądanej konkurencji. Pragnę jednak podkreślić, że ciągle nie wiemy, w jaki sposób szpitale będą kwalifikowane do sieci i kto będzie podejmował o tym decyzję. Nic nie wiadomo też, co ma się stać ze szpitalami, które nie wejdą do sieci.



fol. Archiwum



foto: Dąbki

Wojciech Przybylski, dyrektor Szpitala Powiatowego w Końskich

Propozycja utworzenia sieci szpitali jest kolejną próbą uporządkowania leczenia szpitalnego na terenie naszego kraju. Wcześniejsze programy restrukturyzacyjne nie przyniosły spodziewanego efektu, pomimo zdefiniowania stanu rzeczywistego i przyjętych kierunków. Słabe umocowanie prawne oraz brak woli właścicieli szpitali zablokowały właściwą restrukturyzację szpitali. Proponowana ustawa przewiduje utworzenie trzech poziomów opieki szpitalnej, ale kwalifikacja do nich nie jest jednoznacznie określona (brak stosownego rozporządzenia). Należy pozytywnie ocenić rozdział szpitali na trzy kategorie, z tym, iż należałoby rozważyć ustalenia poziomu opieki szpitalnej nie tylko wobec całego szpitala, ale także oddziałów. Może się zdarzyć, iż placówka z trzeciego poziomu opieki szpitalnej będzie zawierała oddziały z poziomu rozszerzonego i odwrotnie. Utworzenie rad regionalnych i koszty związane z ich funkcjonowaniem nie wydają się rozwiązaniem racjonalnym. Sprawy związane z tworzeniem i monitorowaniem sieci szpitali powinny być powierzone organom państwa, tj. wojewodom, z wykorzystaniem wojewódzkich centrów zdrowia publicznego, przy współdziałaniu oddziału NFZ, nadzoru specjalistycznego oraz niezależnych opinii eksperckich. Utworzenie Rady ds. Szpitalnictwa i regionalnych rad ds. szpitali może spowodować nadmierne upolitycznienie procesu oraz przyjmowanie rozwiązań wynikających z nieformalnych kompromisów pomiędzy członkami rad. Należy podkreślić dodatkowe koszty związane z funkcjonowaniem tych rad, które wydaje się, są zbędne. Założony w ustawie okres dostosowania szpitali do wymagań przedstawionych w ustawie jest zbyt długi. Już teraz wiadomo, które placówki powinny być restrukturyzowane i przekształcane, np. w zakłady opieki długoterminowej. Uważam, że proces tworzenia sieci powinien być zakończony w ciągu maksymalnie 2 lat od wejścia w życie ustawy.



foto: Archiwum

Grzegorz Luboiński, lekarz-onkolog, ekspert Fundacji Batorego, specjalizujący się w walce z korupcją

Projekt przede wszystkim znosi odpowiedzialność ministra, proponuje utworzenie rady ds. szpitalnictwa oraz regionalnych rad ds. szpitali i to na 5-letni okres działania. Wydawało mi się, że system tworzenia tzw. sieci szpitali to będzie jednorazowy akt, oczywiście, z możliwością modyfikacji. Utworzenie tak licznych gremiów (14-osobowe rady), które będą dość kosztowne (2-krotność uposażenia plus normalna pensja) jest trudne do uzasadnienia. Dotyczy to także osób, które w tych radach zasiądą. Trudno mi uwierzyć, aby nie doszło do konfliktów interesów, a to jest trudne do merytorycznego uzasadnienia. Oczywiście wydaje się, że np. osoby reprezentujące ministra zdrowia będą bronić interesów jednostek podległych resortowi. Dotyczy to przedstawicieli Ministerstwa Obrony Narodowej czy Związku Powiatów. W takiej sytuacji oczekuję, że minister w rozporządzeniach określi wymogi formalne dla szpitali (liczba łóżek, określenie, czy ma mieć rezonans magnetyczny, tomograf komputerowy, jakie warunki ma spełniać laboratorium, ile ma mieć oddziałów, jakich specjalistów, jaką aparaturę USG itd.). Są także przesłanki do tworzenia sieci na podstawie tzw. potrzeb zdrowotnych oraz ze względu na warunki geograficzne. Na razie uważam, że obecna ustawa w całości nie nadaje się do stworzenia sieci szpitali. Otwiera ona pole dla nepotyzmu w ochronie interesu poszczególnych jednostek. Nie ma w niej także mechanizmów pozwalających na rzeczywistą ocenę jakości szpitala. Oczekiwałem, że jeśli ministerstwo wzięło się za takie działanie centralne, to ustali konkretne kryteria wejścia poszczególnych szpitali do sieci. Z mocy ustawy w sieci mogłyby się znaleźć, np. wszystkie szpitale wojewódzkie, akademickie i instytutowe.

Małgorzata Wawrzyniak