

Centrum Zdrowia Dziecka i szpital w Gostyniu  
– wspólne problemy

# 345 kilometrów

Maciej Biardzki



Według popularnej przeglądarki Google Earth, 345 kilometrów można przejechać w 5 godzin i 5 minut. Jest to trasa wiodąca przed Szpitalem Powiatowego w Gostyniu do bramy Instytutu „Pomnika – Centrum Zdrowia Dziecka”. Pięć godzin jazdy dzieli dwa różne światy, a jednocześnie dwa oblicza naszego „systemu” i dwie, być może główne, przyczyny jego problemów. Obie placówki w ostatnich tygodniach były negatywnymi bohaterami polskich mediów.

Co może łączyć dwa tak odmienne szpitale? Kompilacja największych braków systemowych – pieniędzy i ludzi. A także, co prawda odmiennie rozumiana, mocarstwowość w widzeniu siebie i indolencja organów założycielskich.

### Powiatowe mocarstwa

Przypadek dziecka – ofiary wypadku komunikacyjnego przewiezionego przez ambulans ratownictwa medycznego na oddział chirurgii dziecięcej szpitala powiatowego w Gostyniu, na którym nie dyżurował chirurg dziecięcy, odsłonił powszechnie znaną, ale szczerze ukrywaną prawdę. Wymagana liczba lekarzy specjalistów w wielu dziedzinach, zwłaszcza przy standardach opisanych w „rozporządzeniach koszykowych”, nie pozwala na istnienie tylu specjalistycznych oddziałów. Dodatkowym problemem jest to, że obecny system informatyczny NFZ, który skrupulatnie wychwytywa lekarzy pracujących w poradniach i tzw. konflikty, czyli nakładanie się ich pracy w kilku poradniach, jest całkowicie ślepy na pracę tych samych lekarzy w szpitalach.

Dzięki tej luce lekarze szpitalni dorabiają w przychodniach prywatnych, ale nie sposób zapewnić, by pracowali na dyżurach, bądź co gorsza, dorabiają w godzinach dyżurów, czego fundusz nie jest w stanie zweryfikować. Jeszcze większym problemem jest narastający z roku na rok brak pielęgniarek, który za trzy, pięć lat, w miarę odchodzenia kolejnych roczników, może przybrać rozmiar katastrofy. A każdy kolejny oddział, bodaj dwudziestolóżkowy, to konieczność zatrudnienia minimum dwunastu, trzynastu pielęgniarek, jeżeli chcemy zapewnić dwuosobową obsadę nocą i w święta. Dodajmy do tego konieczność zakupu drogiego sprzętu medycznego, aby sprostać wymaganiom narzucanym przez ministerstwo. Kontrakt oddziału chirurgii dziecięcej gostyńskiego szpitala na rok 2012, według informacji przedstawianej przez fundusz, to ok. 1,8 mln zł rocznie, czyli 150 tys. zł miesięcznie. Czy z tych pieniędzy oddział może pokryć koszt swojej działalności, nie łamiąc zasad kontraktu z NFZ – to ciekawe pytanie.

### Mnogość oddziałów

Liczba powiatowych oddziałów specjalistycznych jest duża – wszystkich zainteresowanych odsyłam do Biuletynu Informacji Publicznej NFZ, do zakładki „zawarte umowy”. Oczywiście, ich jakość jest bardzo różna. Niektóre oddziały mają uprawnienia do szkolenia rezydentów, dobrą, liczną kadrę i znaczny kontrakt, gwarantujący wykonywanie dużej liczby procedur. Pewnie niektóre z nich, jak np. oddział chirurgii ręki szpitala w Trzebnicy, renomą i umiejętnościami nie odbiegają od placówek klinicznych. Są jednak takie, w których kadra opiera się na ordynatorze zbliżającym się do wieku emerytalnego i kilku lekarzach dojeżdżających w ramach kontraktu z innych szpitali, kontrakt pozwala na wykonanie kilku, kilkunastu zabiegów miesięcz-

nie, a jakość usług odbiega od oczekiwań. A często inwestuje się w te oddziały znaczne fundusze. W imię pokazania w dobrym świetle samorządu, zaspokojenia ambicji szpitala, a czasami tylko ordynatora – dobrego znajomego starosty. Z realnymi potrzebami zdrowotnymi takie oddziały nie mają wiele wspólnego, czasami wręcz stwarzają zagrożenie dla pacjentów. Ostatnio opublikowano informację, że liczba zgonów po zabiegach chirurgicznych w Polsce należy do najwyższych w UE – przekracza 10 proc. Nie analizowano przyczyn i miejsca tych zgonów. Na pewno na tę ponurą statystykę wpływają takie czynniki, jak późna rozpoznawalność, zwłaszcza



fot. iStock.com

„ Lekarze szpitalni dorabiają w przychodniach prywatnych w godzinach dyżurów, czego fundusz nie jest w stanie zweryfikować ”

w chorobach onkologicznych. Ale warto sprawdzić, czy nie łączy się to z nadmiernym rozdrobnieniem oddziałów specjalistycznych, przy opisanych wcześniej brakach finansowania i specjalistycznej kadry.

Marzenia o posiadaniu wielu oddziałów specjalistycznych nie dotyczą zresztą tylko szpitali powiatowych czy publicznych. Znany jest przykład szpitala wojewódzkiego w Łomży, który utworzył oddział neurochirurgiczny obsługiwany przez zespół prof. Podgórskiego, dojeżdżający z Warszawy. Wystarczy też wspomnieć mnożące się publiczne i prywatne oddziały i pracownie kardiologii interwencyjnej wykorzystujące tych samych lekarzy mających uprawnienia do samodzielnego wykonywania zabiegów. Wszystkie te „inwestycje” drenują system z pieniędzy, ale też potrzebnych lekarzy, nie przynosząc społeczeństwu oczekiwanych korzyści zdrowotnych.

## Wielkość prowadząca do zagłady

Po pięciu godzinach jazdy z Gostynia dojeżdżamy do Międzyzlesia, do bramy szpitala – pomnika. Inny świat? Nie całkiem. Wiele powiatowych placówek, zwłaszcza tych, których organami założycielskimi są bogate samorządy, odnowiło swoje pomieszczenia w taki sposób, że pochodzące z lat 70. ubiegłego wieku Centrum Zdrowia Dziecka nie wywołuje oszołomienia, pomimo pompowania w nie pieniądze budżetowych czy niemalże stałych zbiórek organizowanych przez Fundację TVN „Nie jesteś sam” oraz liczne inne fundacje i stowarzyszenie współpracujące z Centrum.

Inny na pewno jest zakres świadczeń. Kontrakt z NFZ opiewa na 195 mln zł, do tego dochodzą procedury wy-sokospecjalistyczne finansowane przez Ministerstwo Zdrowia. Ponad 20 specjalistycznych oddziałów, ponad 20 poradni specjalistycznych, rozbudowana rehabilitacja stacjonarna i w ośrodku dziennym, choć dziwić mogą nieduże kontrakty na diagnostykę obrazową, w tym PET, TK i NMR.

Równie zdumiewający jest niewielki kontrakt na hemodializoterapię. Niezależnie jednak od finansowania, trzeba docenić klasę pracujących tu lekarzy. To właśnie dzięki nim, a nie dzięki swojej nazwie, szpital ma tak wielką renomę i jest uważany za najlepszy ośrodek dziecięcy w kraju. Tymczasem jego dług przekracza roczny przychód, co oznacza, że jest on po prostu bankrutem.

Paradoksalnie, tragiczna sytuacja centrum jest właśnie efektem poczucia wspaniałości i klasy zatrudnionych w nim lekarzy. Szpital będący instytutem jest zarządzany przez osobę wyłonioną przez jego Radę Naukową i zaakceptowaną przez ministra zdrowia. Ostatnio Bartosz Arłukowicz i Sławomir Neumann wdali się w konflikt z profesurą i zagrozili zmianą ustawy o instytutach naukowych oraz wprowadzeniem do instytutów menedżerów niezależnych od rad naukowych. Skąd ich wezmą i czy nie będą to kolejni nominaci typowani przez organizacje partyjne – to już odrębne pytania.

## Lobby profesorskie

Obowiązujący obecnie sposób wyboru osoby zarządzającej instytutem sprawia, że albo pochodzi ona z grona profesorskiego, albo jest jego zakładnikiem. Dlatego bardziej dba o zaspokojenie oczekiwań członków Rady Naukowej niż o elementarne zasady ekonomii. Mechanizm ten przypomina mi wynurzenia pewnego ordynatora z mojej młodości, który marzył o systemie rotacyjnego pełnienia funkcji dyrektora szpitala przez kolejnych ordynatorów. Dzięki temu innowacyjnemu rozwiązaniu każdy z nich mógłby co jakiś czas rozwiązać żywotne problemy swojego oddziału.

Owe marzenia na swój sposób spełniają się jednak w instytutach. Bo jak wytłumaczyć, że w centrum, według umowy z NFZ, są cztery oddziały pediatrii ogólnej, cztery oddziały transplantologii klinicznej i dwa



„ Każdy kolejny oddział, bodaj dwudziestołóżkowy, to konieczność zatrudnienia minimum dwunastu, trzynastu pielęgniarek, jeżeli chcemy zapewnić dwuosobową obsadę nocą i w święta ”

oddziały intensywnej terapii dziecięcej? Zwłaszcza że, po pierwsze – praktycznie w każdej analizie wskazuje się, że oddział szpitalny osiąga rentowność, jeśli ma więcej niż 30 łóżek, po drugie – wiele oddziałów instytutu, zwłaszcza dublujących się, ma takie kontrakty, jak opisane wcześniej oddziały powiatowe, czyli 100–150 tys. zł miesięcznie. Oddziałów – wyróżników w umowie z NFZ – centrum posiada 26 plus 2 stacjonarne rehabilitacyjne, tyle samo na swojej stronie internetowej, choć, co ciekawe, w nieco odmiennych specjalnościach. Przy deklarowanych przezeń 610 łóżkach oznacza to, że każdy oddział ma przeciętnie niespełna 22 łóżka. Może jednak należałoby połączyć większość z nich w oddziały multispecjalistyczne, a przez to ograniczyć koszt ich działalności?

Centrum zatrudnia 2400 osób, z tego ponoć ponad 400 w administracji i obsłudze. Dywagacje, czy to jest za dużo, nie mają większego sensu. W moim szpitalu jest ok. 400 łóżek i niespełna 550 pracowników, włącznie z zatrudnionymi na umowy cywilnoprawne. Ale to szpital powiatowy, więc gdzie mu do norm potrzebnych do działalności centrum. W Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu jest na przykład 900 łóżek i odpowiednio większa liczba poradni niż w centrum, a wszyst-



kich pracowników jest mniej niż 2000. Według normy instytutowej powinno być 3600 osób. Co zrobić z takim porównaniem, zwłaszcza że wrocławski szpital w ostatnich latach zaczął przynosić zysk?

Przedstawiciele Centrum Zdrowia Dziecka twierdzą, że przyczyną ich kłopotów jest system JGP, ponieważ od czasu jego wprowadzenia wzrosło wielokrotnie zadłużenie placówki. Jak mówi rzymska zasada: *post hoc non est propter hoc* – jeżeli coś się dzieje po czymś, to wcale nie oznacza, że z tej przyczyny. Równie dobrze można powiedzieć, że jeżeli od 2007 r. zadłużenie państwa wzrosło, to z powodu dojścia do władzy PO. Może jedno i drugie jest prawdą, ale najpierw trzeba znaleźć związki przyczynowo-skutkowe.

### Zwiększenie wycen

Po pierwsze, samo zwiększenie wycen nic by centrum nie pomogło, bo w ramach tego samego kontraktu wykonanie mniejszej liczby świadczeń zmniejszyłoby koszty tylko w niewielkim stopniu. Nadal trzeba by utrzymać budynek i pracowników. Prawdopodobnie chodzi więc o zwiększenie wycen i proporcjonalne zwiększenie kontraktu. Jeżeli jednak przyjmujemy, że problemem są jedynie wyceny, to zarówno w starym katalogu, jak i w JGP procedury bardziej złożone są wycenione lepiej. Nie można więc porównywać procedur wykonywanych w szpitalach powiatowych z wykonywanymi w centrum. Chyba że wykonuje się te same procedury. Ponadto, wbrew powtarzanym twierdzeniom, leczenie porównywalnych chorób dzieci jest wycenione lepiej niż dorosłych pacjentów. Na koniec, jeżeli koszty centrum są takie wysokie, wyceny zaś takie niskie, to przypadki, w których koszty przekraczają 3-krotnie wycenę, można rozliczać osobno. Ile takich przypadków zgłosiło do rozliczenia Centrum Zdrowia Dziecka? Podstawowe pytanie brzmi: czy w centrum ktokolwiek liczy koszty?

### Systemowa dżungla

Od dłuższego czasu przyjęło się pojęcie „system opieki zdrowotnej”. Czy jednak w obecnych warunkach możemy takiego określenia w ogóle używać? System kojarzy się przecież ze zorganizowaną strukturą działającą według precyzyjnie opisanych i respektowanych przez wszystkich zasad. Tymczasem my mamy sprzeczne, dziurawe prawodawstwo i nieokreśloną liczbę podmiotów leczniczych uzerających się między sobą (w imię konkurencji) o wyrwanie swojej działki od publicznego płatnika. Może, aby przybliżyć się do rzeczywistości, powinniśmy przyswoić sobie alternatywne określenie: „dżungla opieki zdrowotnej”.

Opisane powyżej sytuacje – w Gostyniu i w Warszawie, pomimo pozornej odmienności, są tylko spójzeniem na tę dżunglę z innych stron. W dżungli nie ma planowania wydatkowania funduszy na określone rodzaje świadczeń zdrowotnych w powiązaniu ze wskaźnikami epidemiologicznymi. Zresztą ostatnie informacje o wskaźnikach epidemiologicznych dotyczących zachorowań na gripę wskazują, że albo epidemiologia w Polsce obraca się na pograniczu fikcji, nie ukazując prawdziwej liczby zgonów, albo Polacy są wyjątkowo odporni na ten wirus. Ponieważ to drugie rozwiązanie możemy raczej odrzucić, połączenie tej informacji ze wspomnieniami dotyczącymi pandemii grypy AH1N1 każe jeszcze raz postawić pytanie: ile zgonów było wtedy w rzeczywistości?

### Bez rachunku potrzeb epidemiologicznych

Wracając jednak do meritum – nie przeznaczają się pieniądze na finansowanie opieki zdrowotnej w podziale zależnym od potrzeb epidemiologicznych, lecz w sposób pozwalający podtrzymać działalność istniejącej sieci świadczeniodawców i choć trochę przeznaczyć na finansowanie nowych. Nie istnieją żadne sprawne algorytmy – w zamian króluje lobbiny lub akcje medialne. Nie ma obiektywnej wyceny świadczeń, więc mnożą się nowe podmioty lub nowe zakresy świadczeń korzystnie finansowane, a zanikają gorzej finansowane. Z uwagi na niskie finansowanie praktycznie w ogóle nie tworzy się ośrodków geriatrycznych, a według raportu UE jesteśmy krajem najmniej przygotowanym do katastrofy demograficznej.

System kształcenia lekarzy, w tym kształcenia podyplomowego, pozwala jedynie na odtwarzanie stanu kadry – według raportu OECD z 2011 r. z liczbą lekarzy 2,2 na 1000 mieszkańców znajdujemy się w tej grupie krajów na przedostatnim miejscu. Aby osiągnąć średnią, wynoszącą 3,3 na 1000 mieszkańców, powinniśmy zwiększyć liczbę praktykujących lekarzy o 50 proc., tzn. o 85 tys. Jeszcze większy problem mamy z pielęgniarkami – po likwidacji w końcu ubiegłego wieku liceów pielęgniarskich nawet nie odtwarzamy kadry. Szokujące jest to, że stojąc w obliczu katastrofy demograficznej

w ogólności, nie widzimy mikrokatastrofy w grupie zawodowej pielęgniarek. Wobec już widocznego ich braku na rynku pracy naturalne odejście kolejnych roczników znacznie powodować wyrwy, których nie będziemy w stanie załatać. Nie istnieje także żaden system kształcenia podyplomowego pielęgniarek subsydiowany przez państwo (podobny do lekarskich rezydentur), a przecież w przywoływanym raporcie OECD i tutaj plasujemy się na szarym końcu ze wskaźnikiem pielęgniarek 5,2 na 1000 mieszkańców, przy średniej unijnej 9,8 na 1000. Tutaj jest jeszcze gorzej niż wypadku lekarzy, bo aby osiągnąć średnią, potrzebujemy wzrostu liczby pielęgniarek o 90 proc., czyli o 175 tys. Dodam, że kraje najlepiej przygotowane do procesów starzenia się społeczeństwa, czyli Dania, Norwegia, Holandia i Szwajcaria, mają powyżej 20 pielęgniarek na 1000 mieszkańców.

Dysponując tak nieliczną kadrą, nie prowadzimy żadnej sensownej polityki limitowania liczby podmiotów leczniczych, co jest regułą w rozwiniętych systemach opieki zdrowotnej. W naszej dżungli każdy sobie stawia szalasa tam, gdzie chce, i otwiera w nim kolejny zakres działalności medycznej. Pomijając brak potrzeby kolejnej poradni neurologicznej w dużym mieście, pracowni kardiologii interwencyjnej czy TK w przychodni – liberalizm ten powoduje dalsze rozpraszanie niewystarczających funduszy na opłacenie ich działalności i rozpraszanie kadry medycznej. Mityczny wolny rynek, zamiast podnosić jakość naszej opieki zdrowotnej, powoduje pogarszanie sytuacji finansowej podmiotów leczniczych oraz nasila trudności związane z obligatoryjnym standardem zatrudnienia. To z kolei sprawia, że tworzy się rynek niedoboru, ale lekarzy. W efekcie stawki godzinowe za ich pracę szybują do góry. To pogłębia problemy finansowe podmiotów leczniczych i koło się zamyka. Objawy to albo katastrofalne zadłużenie, jak w wypadku Centrum Zdrowia Dziecka, albo łamanie standardów, jak w szpitalu w Gostyniu.

### Odpowiedzialność państwa

System opieki zdrowotnej warto by w końcu stworzyć, bo inaczej wszyscy utoniemy. Kto wie, czy wobec stopnia interdyscyplinarności problemów nie powinien powstać rządowy, wieloresortowy program. Bo przecież to nie tylko zadania ministra zdrowia, ale i finansów, edukacji, nauki i szkolnictwa wyższego, pracy i polityki społecznej i innych. Jeżeli państwo się do tego w końcu nie weźmie, to nikt inny tego nie zrobi, bo nie ma do tego narzędzi. Jedni będą łowić ryby w mętnej wodzie, inni szarpać się, próbując utrzymać jako taką działalność „swojego” szpitala. Tak zwany wolny rynek będzie służył tylko tym pierwszym. Dodatkowo ubezpieczenia pozwolą jedynie ściągnąć kolejny haracz z potencjalnych pacjentów, nie poprawiając w żaden sposób funkcjonowania opieki zdrowotnej.

Nie osiągniemy niczego, dopóki nie powstaną wyceń świadczeń i nie dostosujemy koszyka do możliwości

finansowych systemu po rzetelnych analizach epidemiologicznych. Dopóki nie zostaną określone normy ilościowe dla świadczeniodawców, np. liczby oddziałów urologicznych w określonym województwie czy gabinetów lekarza rodzinnego w powiecie lub gminie, dopóty podmioty lecznicze będą się mnożyć bez ładu i składu.

Należy wprowadzić nadzwyczajny program kształcenia pracowników medycznych – nie fizjoterapeutów, których mamy nadmiar, lecz lekarzy i pielęgniarek. I to nie poprzez studia płatne, lecz finansowane na zasadach ogólnych. Studiowanie medycyny jest w interesie młodych ludzi, bo to zawód o wysokim prestiżu i – zwłaszcza ostatnio – dobrze opłacany. Ale jeszcze bardziej jest to interes państwa, które ma konstytucyjny obowiązek zapewnić bezpieczeństwo zdrowotne swoim obywatelom. Z zadania tego nie wywiązał się żaden polski rząd od początku transformacji. Ostatni proponował i nadal proponuje uryn-kowanie problemu, ale jest to droga donikąd.

„ Na oddziałach, których kadra opiera się na ordynatorze zbliżającym się do wieku emerytalnego i kilku lekarzach dojeżdżających, jakość usług odbiega od oczekiwanej ”

### 345 kilometrów czy 194 kilometry

Tytułowe 345 kilometrów trzeba przejechać z Gostynia do Międzyzlesia, aby obejrzeć dwa przejawy braku rzeczywistego systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Nikt nie wie, jak z tego stanu się wyrwać. Padają propozycje fragmentarycznych rozwiązań, w gruncie rzeczy polegających na łataniu dziur. Jeżeli nie jesteśmy w stanie stworzyć sami systemu, weźmy jakikolwiek *benchmark* z innego europejskiego kraju i konsekwentnie go wprowadźmy. Według powszechnej opinii najlepszy system jest w Holandii, ale jeżeli rządzący uznają, że to za daleko, to z Gostynia do najbliższego przejścia granicznego z Niemcami w Gubinie są już tylko 194 kilometry. Znacznie bliżej niż do Warszawy. Ostatnio Bartosz Arłukowicz telefonicznie (źródło: komunikat Ministerstwa Zdrowia) ustalał z ministrem zdrowia Niemiec współpracę w postaci zastosowania w Polsce rozwiązań wykorzystywanych w niemieckim systemie w zakresie opieki onkologicznej. Może by się wybrał osobiście i ustalił, że spróbowałibyśmy zastosować w Polsce wszystkie zasady obowiązujące w Niemczech? Tylko czy wszyscy tego chcemy i zgodzimy się je w całości wprowadzić? ■