



# Czy się stoi, czy się leży...

Minister w skierowanym ostatnio do konsultacji projekcie ustawy wprowadzającym sieć szpitali ocenia, że obowiązująca od czasów kas chorych polityka „konkursowania” świadczeń szpitalnych doprowadziła do rozmycia istniejącej wcześniej referencyjności szpitali, a brak nadzoru nad tym, jaki charakter usług gdzie jest kontraktowany, spowodował przewymiarowanie inwestycyjne i nadmierne rozdrobnienie świadczeń. Tu należy się Ministerstwu Zdrowia pochwała za właściwe zdiagnozowanie problemu. Faktycznie, od czasu skomunalizowania szpitali w 1999 r. kasy chorych, a później NFZ nie bardzo były w stanie zapanować nad oddolnie czynionymi, często bez ładu i składu, inwestycjami w sprzęt, oddziały czy kadrę medyczną. Lecznictwo szpitalne rozwijało się w Polsce *ad hoc*, często na zasadzie: w sąsiednim szpitalu właśnie uruchomiono oddział kardiologii inwazyjnej, to ja sobie postawię choć pracownię

dycznych? Gdzie uwzględnienie map potrzeb zdrowotnych? Kłopot jest, niestety, jeszcze większy. Nie tylko nie zwracamy uwagi na złą strukturę łóżek w lecznictwie szpitalnym, lecz także staramy się zabetonować ten stan na wieki wieków amen. Ktoś pyta: ale jak to? Przecież ustawa mówi wyraźnie, że szpitale będą włączane do sieci na cztery lata? Jak najbardziej, tyle że warunkiem włączenia jest posiadanie kontraktu z płatnikiem przez dwa lata przed decyzją o włączeniu. Zgadnijcie Państwo, kto ten warunek będzie spełniał za cztery lata, przy kolejnym „procesie rekrutacyjnym”? Brawo! Ci, którzy zakwalifikowali się już dzisiaj! Zamknęliśmy zbiór szpitali. Nowe nie powstaną – nie będą miały jak. Słabo to wygląda, bo konkurencji nie będzie przecież żadnej. Po co konkurować, skoro i tak wiadomo, kto będzie miał prawo udzielać świadczeń? Ale mam dla pacjentów zdecydowanie gorszą informację: nikt nie będzie

„Propozycję wprowadzenia sieci szpitali można porównać do leczenia udaru przez upuszczanie krwi: nie pomaga, ale poprawia samopoczucie. Szkoda, że tylko leczącego”

hemodynamiki. Inwestycje odzwierciedlały nie tyle potrzeby zdrowotne, co aktualną wycenę świadczeń przez płatnika. Na tym jednak pochwały można zakończyć. Dobra diagnoza jest warunkiem koniecznym podjęcia właściwego leczenia, lecz niestety nie jest warunkiem wystarczającym. W czym tkwi problem? Przede wszystkim posługujemy się najbardziej toporną z dostępnych metod. Zmiany będziemy aplikować w postaci wykazu, będącego w istocie decyzją administracyjną o włączeniu (bądź nie) danego szpitala do sieci. Najpierw definiujemy (właściwie) problem: niedopasowanie świadczeń udzielanych w szpitalach szczebla gminnego, powiatowego i wojewódzkiego do faktycznych potrzeb zdrowotnych, po to by następnie nie silić się nawet na pozory, że ten stan rzeczy zmieniamy. Ot, świadczyłeś usługi w danym zakresie – będziesz świadczył nadal. Nie świadczyłeś? Sorry – już nie będziesz. Można oczywiście powiedzieć, że przecież wprowadzamy referencyjność i szpital powiatowy będzie mógł mniej niż wojewódzki, a wojewódzki mniej niż wysokospecjalistyczny czy kliniczny. Pod jednym wszakże warunkiem: że na inny, szerszy profil nie zgodzi się, całkowicie uznaniowo, minister zdrowia. Gdzie tu jakkolwiek analiza faktycznych potrzeb me-

chciał ich w szpitalu oglądać. Jednocześnie z siecią zmieniamy bowiem zasady płacenia: z dzisiejszego – efektywnościowego (JGP, *fee-for-service*) na ryczałt. Czyli, mocno upraszczając: czy pacjent będzie leczony, czy nie, szpital dostaje te same pieniądze. Przesuwamy się od bandy do bandy. Ze złej formuły promującej „nabijanie” procedur przechodzimy na tak samo złą, jeżeli nie gorszą: „Czy się stoi, czy się leży, pińćset złotych się należy”. Jasne, że nie będzie to aż tak czarno wyglądało, bo lekarz przecież jest odpowiedzialny i będzie chciał leczyć jak najlepiej. Ale musimy pamiętać o jednym: bodźce kreują zachowania. A to oznacza, że w sytuacji, kiedy ryczałt będzie oznaczać podobne lub mniejsze pieniądze jak dzisiaj, a szpital za 200 cholecysektomii dostanie tyle samo kasy co za 100, dyrektor będzie stawał na głowie, żeby wykonywać takich zabiegów 100, a nie 200. Zwłaszcza że w czerwcowej noweli ustawy o działalności leczniczej zwiększyliśmy odpowiedzialność dyrektora i organu prowadzącego za finanse. Aby leczenie było jak najbardziej skuteczne, staramy się stosować terapie zgodne z aktualną wiedzą medyczną. Propozycje zmian to w tym kontekście leczenie udaru przez upuszczanie krwi: nie pomaga, ale poprawia samopoczucie. Szkoda, że tylko leczącego. ■