



Szpitalnictwo PO NOWEMU

PIOTR NOWICKI

System szpitalnictwa w Polsce trzyma się jako tako. Większość szpitali funkcjonuje lepiej lub gorzej, ale przyjmuje i leczy. Wszystkie one, po latach przekształceń i restrukturyzacji z jednej strony i likwidacji, łączeń z drugiej, stworzyły skomplikowaną mozaikę. To konglomerat przeróżnych podmiotów o różnicowanej wielkości, zakresach świadczeń, właścicielstwie i zadaniach, które realizują. Te dwie ostatnie cechy są szczególnie ważne, bo jedna implikuje drugą. Ułożono specyficzną gradację placówek, które są pogrupowane w pięć podstawowych grup szpitali: powiatowe, wojewódzkie, kliniczne, profilowe i ostatnia kategoria, spychana na peryferie quasi-systemu, szpitale prywatne. Do tych grup przypisano kilkanaście lub więcej lat temu jakąś rolę w systemie – powstał dziwaczny układ, w którym szpitale powiatowe są małe

i na prowincji, wojewódzkie w dużych miastach, o wyższej referencyjności i wielospecjalistyczności, a te kliniczne stanowią *crème de la crème*, mając najwyższą referencyjność i stanowiąc bazę dla nauki oraz dydaktyki. Obok są także profilowe, realizujące wąskie działania, oraz szpitale prywatne, pojawiające się w różnych miejscach systemu o różnej charakterystyce działalności. Mamy „prosty” system, który jest tak skomplikowany, że powoli nawet jego bezpośredni uczestnicy się gubią. Wszyscy się przyzwyczaili do takiego układu.

A może przyszedł czas, aby to zmienić i inaczej spojrzeć na rynek szpitalnictwa w Polsce, na nowo zdefiniować poszczególne szpitale i odejść od dotychczasowych wzorców, często ukonstytuowanych historycznie, a co za tym idzie, może już nieadekwatnie do XXI w.? Dlaczego to jest ważne? Bo te na-

wszy, ten podział, wciąż implikują patrzenie i myślenie o rynku szpitali – a to przekłada się na decyzje i zmiany prawne.

Rola szpitala wojewódzkiego

Zastanowiłem się nad rolą szpitala wojewódzkiego w systemie, a właściwie nad tym, czym taka jednostka jest. Skoro jestem dyrektorem Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu, to powinienem wiedzieć, czym jest pojęcie szpitala wojewódzkiego – nazwa zobowiązuje. Okazało się, że w sumie nie mam błędnego pojęcia. Dramat. Jedyne, co w tej sytuacji można zrobić, to przeprowadzić krótką analizę różnych typów szpitali wojewódzkich, podlegających samorządom terytorialnym na poziomie województwa. Różnych dlatego, że można je podzielić na przynajmniej pięć podstawowych grup, zależnych od zakresów realizowanych świadczeń:



Foto: istockphoto.com

- centra wielospecjalistyczne – szpitale dysponujące wieloma oddziałami o zróżnicowanym zakresie świadczeń,
- centra onkologii – profilowe jednostki ukierunkowane na leczenie onkologiczne,
- szpitale psychiatryczne – różnego typu profilowe jednostki ukierunkowane na leczenie psychiatryczne,
- szpitale dziecięce – wielospecjalistyczne jednostki dla dzieci,
- inne szpitale profilowe (pulmonologiczne, rehabilitacyjne i inne).

Taka sytuacja sprawia, że pojęcie „szpital wojewódzki” jest zdecydowanie niejednorodne i w związku z tym nie możemy wrzucić wszystkich placówek do jednego worka i traktować jako coś, co można zestawiać lub przeciwstawiać z kategoriami takimi jak szpitale powiatowe czy kliniczne. A jednak na rynku wciąż funkcjonuje takie pojęcie jako istotny element struktury systemu szpitalnictwa. Dlatego za-

stosujemy redukcję poszczególnych grup, niepasujących do ogólnego pojęcia „szpital wojewódzki”, co oznacza, że trzeba wyeliminować szpitale o charakterze profilowym, gdyż:

- centra onkologii tworzą własną sieć onkologiczną i zdecydowanie różnicują się od reszty rynku szpitalnictwa,
- szpitale psychiatryczne tworzą swoją sieć jednostek profilowych, przy czym w niektórych województwach stosowany jest także model działalności psychiatrycznej w ramach wielospecjalistycznych centrów,
- szpitale dziecięce działające w swoim segmencie rynku są jedynym lub jednym z dwóch szpitali w województwie (z dziecięcym szpitalem klinicznym) lub zostały częściowo wchłonięte do centrów wielospecjalistycznych,
- inne szpitale profilowe mają nisze w swoich specjalnościach, jak na przykład pulmonologia czy reha-

bilitacja, które także są reprezentowane w centrach wielospecjalistycznych.

Po tej czynności pozostały nam zatem tylko centra wielospecjalistyczne, które jako takie pasują do pojęcia „szpital wojewódzki”, przy czym nie jest to takie proste i oczywiste, jak się wydaje. Nie są one identyczne, ale mają znaczący, wspólny zespół cech, łączący je we w miarę jednorodną grupę. Na tej podstawie chyba można spróbować stworzyć definicję lub przynajmniej postawić hipotezę. Zatem centrum wielospecjalistyczne stanowi szpital wielospecjalistyczny, który z racji dysponowania wieloma typami oddziałów wspartych rozbudowaną diagnostyką, jest kluczowym ośrodkiem w regionie i wsparciem dla placówek powiatowych na wyższym poziomie referencyjności (drugi lub trzeci). To oczywiście hipoteza wymagająca sprawdzenia – w tym przypadku będzie to analiza dużej części

2



3



przypadków województwa wielkopolskiego i jego szpitali wojewódzkich – centrów specjalistycznych w poszczególnych regionach, odpowiadających z reguły dawnym województwom (stary podział administracyjny – 49 województw). Będą to regiony: poznański, leszczyński, koniński, kaliski oraz pilski. W analizie ujęto szpitale stanowiące podstawę systemu szpitalnictwa jako jednostki wielospecjalistyczne i zabezpieczające określony teren na różnym poziomie fachowości, czyli szpitale powiatowe, szpitale wojewódzkie – centra specjalistyczne oraz szpitale kliniczne. Zatem po kolei.

Po pierwsze: Poznań – region poznański. Centrum specjalistycznym poziomu wojewódzkiego jest Szpital Wojewódzki w Poznaniu. Zabezpiecza on dużą część regionu poznańskiego i miasta Poznania, ale realizuje to zadanie wraz z innymi centrami wielospecjalistycznymi zarówno o statusie powiatowym (szpitale miejskie), szpitalami klinicznymi, jak i ze szpitalem MSWiA (osobna kategoria). Uwzględniając wielkość Poznania, oczywiste jest bowiem, że jeden szpital nie mógłby sprostać takiej pracy, a nie ma na tym terenie innych placówek wojewódzkich – centrów specjalistycznych. Co prawda we Wrocławiu są cztery takie jednostki, ale również one nie zaspokajają zapotrzebowania i wymagają istnienia innych centrów wielospecjalistycznych (szpitala klinicznego, szpitala MSWiA czy szpitala wojskowego). W ogólnej ocenie trzeba zatem stwierdzić, że ten przypadek raczej nie spełnia przyjętego w hipotezie założenia albo można stwierdzić, że spełnia jedynie częściowo.

Po drugie: Konin – region koniński. Centrum specjalistycznym poziomu wojewódzkiego jest Wojewódzki Szpital Zespolony im. dr. Romana Ostrzyckiego w Koninie. Otaczają go szpitale powiatowe, które mają głównie podstawowe

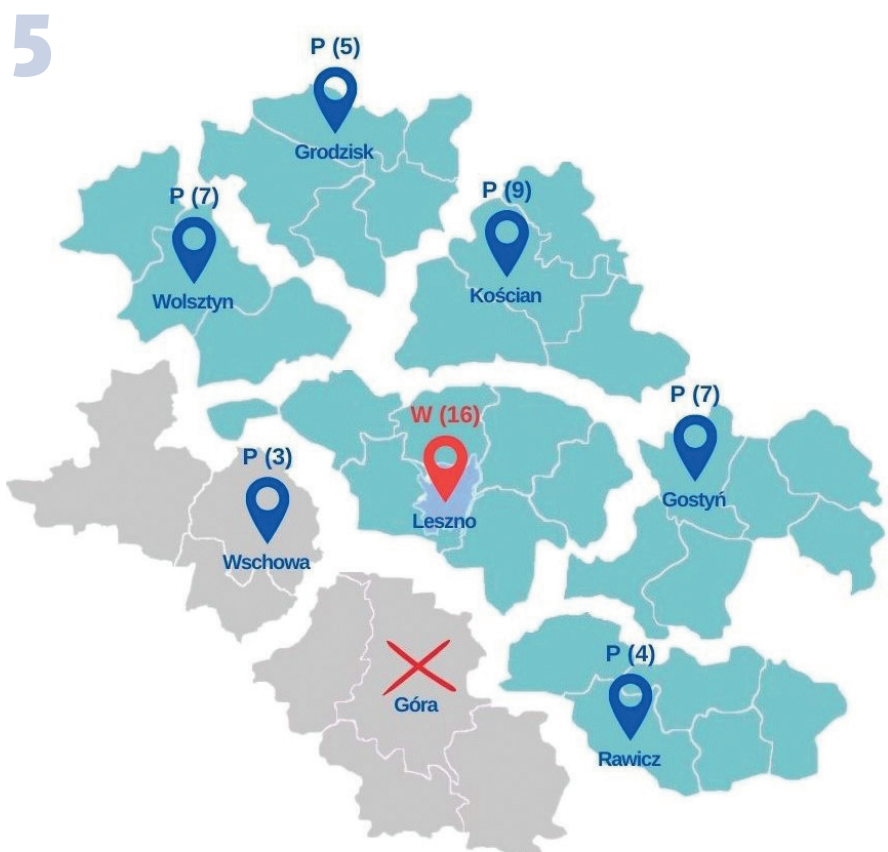
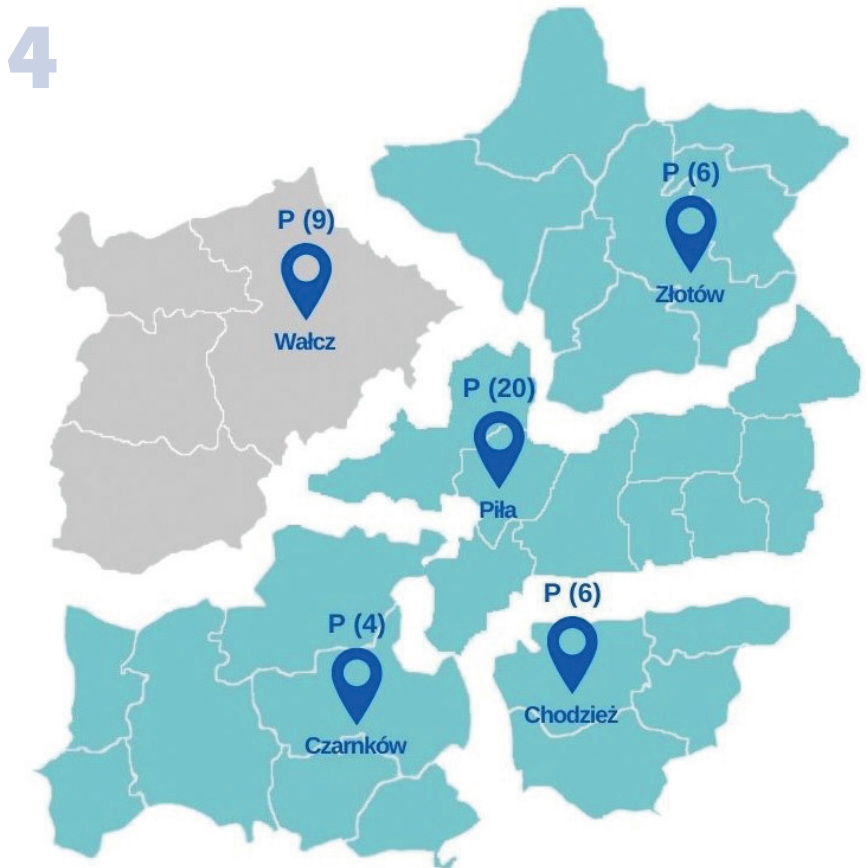
oddziały, co wskazuje, że szpital w Koninie spełnia kryteria przyjęte w hipotezie.

Po trzecie: Kalisz – region kaliski. Centrum specjalistycznym poziomu wojewódzkiego jest Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu. W przypadku tego regionu sytuacja jest zasadniczo różna, ponieważ choć szpital w Kaliszu jest największą jednostką, oprócz niego działają bardzo silne placówki typu powiatowego: w Pleszewie (11 oddziałów) i w Ostrowie Wielkopolskim (14 oddziałów) oraz w ramach województwa łódzkiego szpital w Sieradzu (18 oddziałów). Ponadto funkcjonują jeszcze trzy kolejne szpitale powiatowe z ośmioma oddziałami – w Krotoszynie, Kępnie i Jarocinie. Oznacza to, że kaliski szpital nie spełnia założeń hipotezy, będąc jedną z wielu jednostek zabezpieczających ten region.

Po czwarte: Piła – region pilski. W tym regionie nie ma szpitala wojewódzkiego, co nie oznacza, że nie jest realizowana jego rola na tym terenie. Centrum wielospecjalistycznym jest mocno rozbudowany szpital powiatowy, czyli Szpital Specjalistyczny w Pile im. Stanisława Staszica, który zdecydowanie dominuje nad placówkami w ościennych powiatach. Taki układ spełnia założenia definicji centrum wielospecjalistycznego, ale podmiot realizujący nie jest szpitalem wojewódzkim, co zaprzecza hipotezie.

Po piąte: Leszno – region leszczyński. Podobnie jak Konin, spełnia założenia hipotezy.

W tej sytuacji mamy co najmniej trzy warianty odnoszące się do stwierdzenia, że istnieje coś takiego jak „szpital wojewódzki – centrum wielospecjalistyczne”, czyli centrum wielospecjalistyczne jako jeden z wielu szpitali (częściowa realizacja hipotezy), jako inny szpital pełniący funkcję centrum wie-



„Mówienie, że system szpitalnictwa opiera się na placówkach kolejnych szczebli – powiatowych, wojewódzkich, klinicznych – jest przestarzałe i odbiega od aktualnego obrazu rynku”

lospecjalistycznego (zaprzeczenie hipotezy), jako centrum wyższej referencyjności dla danego regionu (potwierdzenie hipotezy). Oznacza to, że nie możemy jednoznacznie i przynajmniej w większości przypadków stwierdzić, że jest jednolite podejście do szpitali wojewódzkich, nawet uwzględniając tylko ich część wielospecjalistyczną.

Inne szpitale pod względem roli rynkowej

Mówienie, że system szpitalnictwa opiera się na placówkach kolejnych szczebli – powiatowych, wojewódzkich, klinicznych – jest przestarzałe i odbiega od aktualnego obrazu rynku. Można nawet stwierdzić, że województwo wielkopolskie nie jest nawet wybitnie progresywne. Jeśli zatem zakwestionowano jeden z filarów systemu i jego rolę, to co z innymi i ich rolami? Czy szpitale powiatowe są tak mocno powiatowe, jak chce się bardzo często wskazywać, a nawet czasem podkreślać? Czy szpitale kliniczne są faktycznie bardzo wyraźnie zdefiniowane i odgrywają zdecydowanie inną rolę niż pozostałe placówki? Jak w to wpisujemy jednostki profilowe, które właściwie pojawiają się we wszystkich trzech filarach, będąc zarówno jednostkami komplementarnymi, jak i konkurencyjnymi? Co z coraz większym udziałem w rynku szpitali prywatnych? Mimo że prywatyzację przerwano poprzez zmianę przepisów, to jednak część rynku została przejęta, a poza tym tworzą się od podstaw inne, nowe jednostki, zaczynające wchodzić w system szpitalnictwa poprzez kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia

w coraz bardziej kluczowych obszarach. Czy możemy ten segment nadal pomijać?

Zacznijmy zatem po kolei – szpital kliniczny. Twór ten był od dawna bardzo skomplikowany, a równocześnie mało czytelny, co przejawiało się przez lata w oczekiwaniu na stworzenie ustawy, która w sposób jednoznaczny opisze jego rolę oraz funkcje w systemie. Placówki te funkcjonują w dwóch obszarach. Pierwszym jest lecznictwo. Szpitale kliniczne stanowiły przez lata najwyższy z trzech filarów systemu, choć w zakresie ich obowiązków były zadania na praktycznie wszystkich poziomach. Wynikało to z wielu czynników, między innymi z takiej, a nie innej konstrukcji zasad finansowania NFZ i obowiązków wynikających z podpisanych umów oraz równości w obowiązkach oddziałów o tym samym zakresie świadczeń. Drugi obszar to działalność naukowo-dydaktyczna, która jednoznacznie odróżniała te szpitale od pozostałych na rynku i właściwie definiowała ich odmienność. Ale tak było kiedyś. Dzisiaj jak grzyby po deszczu pojawiają się nowe wydziały lekarskie, a coraz więcej szpitali o różnym miejscu w modelu trypoziomowym staje się bazą dydaktyczno-naukową kolejnych uczelni. Oznacza to, że zarówno w obszarze lecznictwa, jak i w (przez wiele lat szczególnym) obszarze dydaktyki oraz nauki wyodrębniona i różnicująca się od reszty rynku rola zaczyna się całkowicie zacierać. Dziś nie trzeba być szpitalem klinicznym, żeby mieć wiele oddziałów, w tym wysokospecjalistycznych, być bazą naukowo-

-dydaktyczną, mieć trzeci poziom referencyjności czy zatrudniać kadre z tytułami naukowymi. Czyli nie tylko szpitale wojewódzkie mają poważne problemy z definicją i precyzyjnym umiejscowieniem na rynku szpitalnictwa, ale także szpitale kliniczne.

W takim razie, czy istnieje wyodrębnione pojęcie szpitala powiatowego? Łatwo jest stwierdzić: ten typ placówek jest prosty do zdefiniowania i wskazania ich roli, bo jest to zabezpieczenie najbliższego terenu, powiatu w podstawowe dziedziny medyczne (oddziały podstawowe: choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna, pediatria i ginekologia z położnictwem, z ewentualnym oddziałem intensywnej terapii i/lub izbą przyjęć/SOR-em). Jednak chyba i w tym przypadku to już nie jest prawdą, gdyż w kolejnych latach spowodowano różne ścieżki ich funkcjonowania. Jedne placówki się zmniejszyły i dziś nawet nie mają tego minimalnego zakresu, inne rozrosły i zbliżają się lub już osiągnęły poziom centrów wielospecjalistycznych. Są też takie, szczególnie miejskie, które od zawsze wymykały się powyższemu opisowi, odnoszącemu się do szpitala powiatowego. Ponadto są powiaty niemające żadnego szpitala lub takie, w których szpitali jest więcej niż jeden, a więc rola ta nie jest realizowana jednostkowo. Widać więc, że – podobnie jak w przypadku szpitali klinicznych – wyrazistość tych placówek wynika bardziej z przejętej przez nie tożsamości i charakterystyki właścicielskiej oraz wspólnej reprezentacji, która je scala w jedną grupę, a nie z jednorodności i łatwości określenia roli poprzez usługi oraz inne, w mojej ocenie wtórne, aspekty ich działalności.

W przypadku roli szpitali prywatnych sytuacja jest jeszcze bardziej skomplikowana i niedookreślona, gdyż funkcjonują w różnych rolach określanych tradycyjnie, a więc jako powiatowe, jako centra, czyli wojewódzkie, czy jako

profilowe. O klinicznych jeszcze nie słyszałem, ale wszystko jest już możliwe.

Wnioski z dzisiejszego systemu

Tradycyjny i historyczny charakter przypisywania ról w systemie szpitalnictwa już się nie sprawdza, a to wpływa na wszystkie aspekty funkcjonowania tego rynku. Odnosi się to zarówno do decydentów, którzy podejmują decyzje o charakterze prawnym czy finansowym, jak i do samych graczy rynkowych, którzy w swoim działaniu, reprezentacji przez określone organizacje czy też wyrażanym podejściu do rynku, prezentują posługiwanie się „starym” podziałem i przypisanymi do niego rolami. Oznacza to, że trzeba sobie wreszcie uświadomić, że po wszystkich decyzjach, zmianach i wielu działaniach zrealizowanych w systemie szpitalnictwa, charakter szpitala i jego rola nie zależą już od takich cech jak to, kto jest podmiotem tworzącym czy też jaka jest lokalizacja danego szpitala.

Funkcje szpitali, czyli nowe spojrzenie na cały rynek

Rola szpitala zależy jedynie od tego, jaka jest jego funkcja – to ona powinna określać rolę i charakter szpitala. Kiedy zamienimy dotychczasowe podziały i wprowadzimy w ich miejsce nazwy wskazujące na funkcje w systemie, możemy stworzyć nową logiczną i czytelną układankę. Poniżej autorski podział według funkcji:

- podstawowa – szpital bezpośredniego zabezpieczenia określonego terenu w dwóch i więcej podstawowych dziedzinach medycznych,
- centrum wielospecjalistyczne – szpital z wieloma oddziałami specjalistycznymi w różnych dziedzinach medycznych,
- naukowo-dydaktyczna – szpital będący bazą pod działalność wydziałów lekarskich,
- monospecjalistyczna – szpital sprofilowany na specjalistyczną lub podstawową jedną dziedzinę

medyczną lub więcej dziedzin, ale ściśle ze sobą powiązanych.

Kluczowe w tej propozycji jest to, że szpital nie musi mieć jednej funkcji, ale może mieć ich kilka. To daje elastyczność tworzenia rynku szpitalnictwa, wpasowuje wszystkie jednostki w różne miejsca systemu oraz umożliwia patrzeć na role placówki w sposób szerszy i wielofunkcyjny.

Podaję przykłady „dziś–jutro (funkcje)”.

- Szpital Specjalistyczny w Pile: dziś (powiatowy, trzeci poziom podstawowego zabezpieczenia szpitalnego) – jutro (podstawowa – zabezpiecza powiat pilski w podstawowych dziedzinach, centrum wielospecjalistyczne – zabezpiecza rejon pilski w wiele dziedzin specjalistycznych, naukowo-dydaktyczna – możliwa baza dla wydziału lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego).
- Ginekologiczno-położniczy Szpital Kliniczny w Poznaniu: dziś (kliniczny) – jutro (podstawowa – ginekologia i położnictwo dla powiatu poznańskiego, monospecjalistyczna – ginekologia i położnictwo i neonatologia dla województwa wielkopolskiego – trzeci poziom referencyjny i karetka N, naukowo-dydaktyczna – baza dla wydziału lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu).
- Szpital Wojewódzki w Poznaniu: dziś (wojewódzki) – jutro (podstawowa) – filia nr 1 dla części miasta Poznania i powiatu poznańskiego, centrum wielospecjalistyczne – filia nr 1 dla miasta Poznania i części regionu poznańskiego, monospecjalistyczna pierwsza (kardiologiczna) – filia nr 2, monospecjalistyczna druga (rehabilitacyjna) – filia nr 3, naukowo-dydaktyczna (filia nr 1 dla Poznańskiej Akademii Medycznej).

System funkcyjny to coś innego niż dzisiejszy układ historyczno-właścicielski z elementami PSZ. W tym przypadku chodzi o funkcjonalność tego systemu, bo

pozwole on na stworzenie wielowymiarowej mapy funkcjonalnej. Szpitale mogą uczestniczyć w wielu siatkach, wpasowując się swoimi funkcjami do różnych wymiarów, odpowiadających kolejnym realizowanym funkcjom. A system szpitalnictwa powinien składać się z kilku takich siatek, odpowiadających całości realizowanych przez szpitale funkcji, na które składają się wszystkie realizowane świadczenia w zakresie szpitalnictwa.

Taki system daje większą elastyczność tworzenia rynku szpitalnictwa, wpasowuje wszystkie jednostki w różne miejsca systemu oraz umożliwia patrzeć na rolę danego szpitala w sposób szerszy i bardziej wielowymiarowy czy też inaczej: wielofunkcyjny. Oznacza to, że rola szpitala wynika wyłącznie z jego funkcji.

Podsumowując: od jutra trzeba zacząć mówić:

- o szpitalach, a nie szpitalu takim czy takim, o wszystkich naraz, bez podziałów,
- o funkcjach szpitali, czyli ich roli w systemie wynikającej z zakresu realizowanych świadczeń, przekładającej się na zadania do wykonania lub obszar działania,
- o systemie szpitalnictwa – wymagającym stworzenia wielowymiarowej układanki opartej na poszczególnych funkcjach szpitali, a odpowiadającej zapotrzebowaniu na konkretne usługi na danym terenie.

Mówmy o jednolitym systemie szpitalnictwa opartym na zróżnicowanych w funkcjach podmiotach leczniczych, zwanych po prostu szpitalami, które jako całość stanowią ten system. A następnie przyjrzyjmy się mu od strony funkcji i zaczniemy go przekształcać w system powiązanych ze sobą funkcyjnych podsystemów, który będzie lepiej odpowiadać na potrzeby i zagospodarowywać posiadane zasoby. Myślę, że na początek trzeba zrobić tylko lub aż tyle.

Piotr Nowicki, dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu