

Zdefiniujmy na nowo szpitalnictwo



fot. istockphoto.com

Minister zdrowia Adam Niedzielski podczas XIV Hospital & Healthcare Management zapowiedział redefinicję systemu opieki zdrowotnej, zwłaszcza tzw. sieci szpitali, której celem ma być poprawa zdrowia Polek i Polaków w czasach pocovidowych oraz podniesienie jakości świadczeń. Jakie warunki powinny być spełnione, by te plany mogły zostać zrealizowane?

Na początek warto opisać sytuację, w jakiej znajduje się system opieki zdrowotnej w Polsce. Choćby po to, by wiedzieć, z jakiego punktu zaczynamy. W zasadzie wystarczyłyby dwa słowa: chaos i dezorganizacja. Jak wcześniej pisałem, system wydaje się funkcjonować dzięki determinacji personelu medycznego oraz zarządzających poszczególnymi placówkami medycznymi. Najbardziej utrudnia działanie brak odpowiedniej koordynacji i decyzji. Nie ma jasnych wytycznych, jasnego planu działania odnoszącego się do przyszłości w zależności od scenariusza rozwoju bądź – czego byśmy

sobie życzyli – zakończenia pandemii. Bez tego trudno będzie zaplanować odbudowanie systemu udzielania świadczeń dla pacjentów bez COVID-19 przy utrzymaniu zasobów przeznaczonych na rzecz pacjentów zakażonych koronawirusem. I w ten sposób dochodzimy do oceny zasobów. Spójrzmy na to poprzez pryzmat trzech obszarów – kadr, infrastruktury i finansów.

Kadry

Nie możemy abstrahować od rzeczywistości kadrowej zawodów medycznych w Polsce. A ta wygląda tak,

że mamy dwa razy mniej lekarzy niż większość krajów Unii Europejskiej. Najmniej wśród państw OECD poza Turcją. Co istotne, spory odsetek aktywnych zawodowo lekarzy jest w wieku emerytalnym. Chęć odbudowania zdrowia Polek i Polaków jest logiczna i słuszna. W zasadzie żaden minister zdrowia nie mógłby mówić nic innego w kontekście gwałtownego wzrostu umieralności (liczby zgonów w stosunku do liczby mieszkańców) w Polsce w ostatnich tygodniach. Ale w jaki sposób minister chce wygenerować dodatkowy potencjał, by to osiągnąć? Czy jest to w ogóle możliwe? W jakimś stopniu tak. Ale ruch, a w zasadzie mnóstwo zmian musi zainicjować Ministerstwo Zdrowia. Ta zmiana nie powiedzie się, jeżeli zostanie ograniczona do deklaracji o konieczności poprawy jakości świadczeń albo ustalenia, że kolejna grupa świadczeń będzie Nielimitowana. Nie pomoże również wprowadzanie kolejnych bilansów zdrowia. W ten sposób to się nie uda z prostej przyczyny. W obecnym stanie organizacji udzielania świadczeń zabraknie kadr. Jaki mam na to dowód? Otóż NFZ już kilka razy podejmował próbę zmniejszenia kolejek do specjalistów poprzez zwiększanie nakładów na te świadczenia – z miernymi efektami. W przypadku badań obrazowych okazało się, że ograniczenie pojawiło się nie na poziomie możliwości technicznych wykonania badań, ale na poziomie możliwości kadrowych, przy ich ocenie i opisie.

Pozostaje zatem takie przeorganizowanie i usprawnienie wykorzystania kadr medycznych, by zmniejszyć ich obciążenie. Należy zatrudnić dodatkowych pracowników wspomagających lekarzy. To dotyczy również pielęgniarek i pielęgniarzy. Wsparcie pracy lekarzy bądź wyręczenie ich w pewnych czynnościach będzie wymagać innego spojrzenia na rolę personelu pielęgniarskiego. W tym zakresie potrzebujemy zmian rewolucyjnych, obejmujących również modyfikację szkolenia, by poszerzyć kompetencje tej kadry. Jeżeli jednak przesuniemy lepiej wykształcony i mający większe kompetencje personel pielęgniarski, pozostanie nam luka „poniżej”. I tę lukę w sposób umiejętny musimy zapisać poprzez zatrudnianie dodatkowych pracowników o niższych kompetencjach.

Infrastruktura

Infrastruktura szpitalna w Polsce jest przestarzała. W wielu miejscach są to budynki mające ponad 100 lat. Mimo nakładów i remontów nie odpowiadają one współczesnym potrzebom. Ograniczenia architektoniczne są istotnym czynnikiem wpływającym na bezpieczeństwo, jakość i efektywność świadczeń zdrowotnych. Możliwość sprostania wymogom wpływającym na ograniczanie zakażeń szpitalnych podnosi bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego. Zapewnienie odpowiednich warunków leczenia i pracy to nie tylko nowe urządzenia medyczne czy łóżka szpitalne, to również wyposażenie gabinetów lekarskich i pielę-

„Od ministra Niedzielskiego – jako wybitnego ekonomisty – oczekiwałbym precyzyjnego wyliczenia kosztów systemu uwzględniających nowe zadania. Pieniądze można zagospodarować bardziej efektywnie”

gniarskich, odpowiednia liczba pomieszczeń sanitarnych, wyposażenie personelu w wystarczającą liczbę dobrej jakości stanowisk komputerowych. To w końcu stworzenie i wprowadzenie w całym kraju jednolitej sieci wymiany danych medycznych pozwalającej przyspieszyć wymianę informacji, usprawnić system konsultacji medycznych, poprawić jakość opieki nad pacjentem. Problem z infrastrukturą dotyczy również poradni podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Nagle podczas pandemii okazało się, że w wielu miejscach nie ma możliwości wydzielenia części „brudnej” i „czystej”. Dlaczego to jest istotne? Otóż dlatego, że możliwość izolowania pacjentów zakaźnych, niezależnie czy podczas pandemii koronawirusa, grypy czy innych zakażeń sezonowych, może znacząco zmniejszyć liczbę chorych i powikłań. Ale przede wszystkim pozwala na bezpieczne podtrzymanie bieżącej działalności. To przecież był jeden z argumentów na rzecz ograniczenia funkcjonowania opieki ambulatoryjnej. Podczas pandemii widać, że wąskie gardła w systemie to w wielu przypadkach infrastruktura, której nie można przystosować do zwiększonego przepływu chorych. Od lat opisuję to zjawisko jako „paradoks szeroko otwartych drzwi i wąskich korytarzy”. Pokazuje on, że w wielu sytuacjach, chcąc uzyskać zakładany efekt systemowy, nie można się ograniczać do zmiany tylko jednego elementu.

Minister zdrowia w swojej wypowiedzi podczas konferencji *XIV Hospital & Healthcare Management* wspominał o potrzebie redefinicji systemu opieki zdrowotnej, której elementem będzie nowe ukształtowanie sieci szpitali. Przydałoby się, aby wcześniej znane były kryteria i przesłanki tworzenia sieci. Jestem zdania, że stan infrastruktury medycznej danego podmiotu powinien być jednym z kluczowych kryteriów przy selekcji podmiotów oraz przypisywaniu im odpowiedniej roli w systemie. W tym miejscu należy przypomnieć spektakularną porażkę Ministerstwa Zdrowia przy okazji tworzenia przepisów umożliwiających dalsze funkcjo-

„ Nie liczba świadczeń decyduje o zdrowiu populacji, ale ich jakość i efektywność. A bezpieczeństwo, jakość i efektywność wymagają dodatkowych nakładów ”



„ Ograniczenia architektoniczne są istotnym czynnikiem wpływającym na bezpieczeństwo, jakość i efektywność świadczeń zdrowotnych. Możliwość sprostania wymogom wpływającym na ograniczanie zakażeń szpitalnych podnosi bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego ”

nowanie podmiotom nadal niespełniającym wymagań sanitarnych opisanych w rozporządzeniu ministra. Doprowadzenie do stanu, w którym infrastruktura medyczna zapewnia odpowiedni poziom bezpieczeństwa i komfortu pacjentom i personelowi medycznemu, powinno być fundamentem redefinicji systemu opieki zdrowotnej.

Finanse

Zmiany te będą wymagały dodatkowych pieniędzy. Obecny poziom finansowania opieki zdrowotnej w Polsce, drugi najniższy w Unii Europejskiej, nie pozwoli na efektywną zmianę. System ma głęboki deficyt. Świadczy o tym zadłużenie szpitali, które na koniec drugiego kwartału 2020 r. wynosiło 14,7 mld zł i było mniejsze o ok. 0,5 mld zł niż w pierwszym kwartale 2020 r. tylko ze względu na zamrożenie działalności podstawowej oraz dodatkowe fundusze przeznaczane na walkę z pandemią. Należy pamiętać, że te zwiększone wpływy mają charakter incydentalny, ograniczony do obecnej sytuacji. Jak w takim razie minister planuje zorganizować dodatkowe świadczenia mające niejako „nadgonić” utracone zdrowie Polak i Polaków? Przede wszystkim z punktu widzenia zdrowia publicznego straty w zdrowiu są trwałe, ale poprawienie jakości, bezpieczeństwa i efektywności nie będzie możliwe bez zapewnienia odpowiedniego finansowania. Zaczniemy od wprowadzenia informatyzacji oraz utrzymania systemu – szacuję, że będą to 2–3 mld zł dodatkowych kosztów rocznie. Do tego dochodzą koszty zatrudnienia dodatkowego personelu medycznego oraz pomocniczego, modernizacji infrastruktury, no i samych procedur medycznych. Od ministra Niedzielskiego – jako wybitnego ekonomisty – oczekiwałbym precyzyjnego wyliczenia kosztów systemu uwzględniających nowe zadania. Pieniądze można zagospodarować bardziej efektywnie. Ale nie oznacza to, że możemy w nieskończoność zwiększać liczbę procedur medycznych. Możemy kosztem liczby poprawiać ich jakość. Że jest to możliwe i „opłacalne”, pokazała sytuacja z początku roku, gdy przy niskiej jeszcze zapadalności na koronawirusa oraz zmniejszeniu liczby procedur medycznych, ale wykonywanych w wyższym standardzie bezpieczeństwa epidemiologicznego, spadła liczba zgonów. Ten fakt powinien wskazywać kierunek zmian. Nie liczba świadczeń decyduje o zdrowiu populacji, ale ich jakość i efektywność. A bezpieczeństwo, jakość i efektywność wymagają dodatkowych nakładów.

Podsumowanie

Z zaciekawieniem, ale i krytycznie będę obserwował poczynania ministra zdrowia. Pozytywna zmiana w systemie opieki zdrowotnej wymaga działań w wielu obszarach. Bez zrozumienia tych zależności, bez spójnego planu uwzględniającego całość systemu nic się nie zmieni. Przy czym nie oczekuję efektów w ciągu miesięcy czy nawet roku. Ale przedstawienie planu, zdefiniowanie celu, pokazanie perspektywy czasowej, sposobów i przesłanek do jego osiągnięcia może pokazać, czy będzie to plan realny czy przedsięwzięcie PR-owe. Jak zwykle w takiej sytuacji życie nam pokaże, z tym że w tej akurat dosłownie.

Marcin Pakulski