



Fot. 3x istockphoto.com

## OCHRONA ZDROWIA

## Z DYKTY

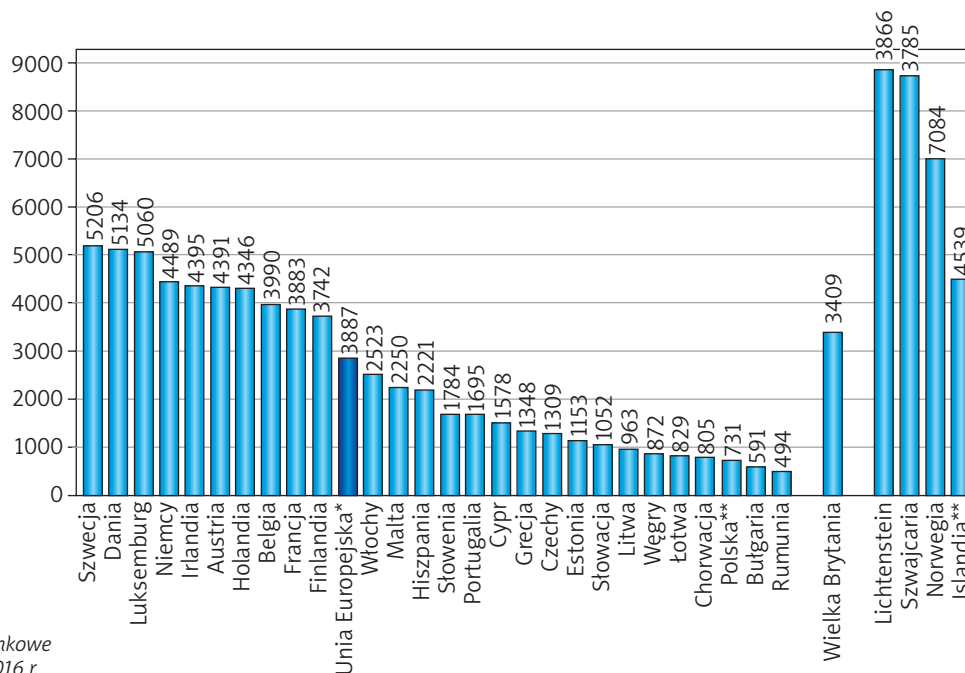
Pandemia COVID-19 dobitnie pokazuje, jak wiele państw było nieprzygotowanych na gwałtowny wzrost zachorowalności, jak brakowało profesjonalistów medycznych, sprzętu, łóżek szpitalnych i środków ochrony osobistej. Jednym z nich jest dyktowa Polska i jej system ochrony zdrowia ze wszystkimi brakami i uchybieniami. Jeżeli część spośród nich była widoczna wcześniej, to obecnie ukazały się one ze zwielokrotnioną siłą.

Zanim podyskutujemy o niektórych elementach systemu, spróbujmy przypomnieć sobie, jaki kierunek przybierały przez ostatnie lata zmiany w naszej ochronie zdrowia i jak się to ma do obecnej sytuacji epidemicznej.

Po pierwsze – głoszono wszem wobec, że system jest nieefektywny, źle zorganizowany, „nieszczelny”. Te twierdzenia miały uzasadniać jego niedostateczne finansowanie, bo „nie dolewa się wody do dziurawego garnka”. Skala niedofinansowania polskiej opieki zdrowotnej, liczonego jako nakłady w euro na ubezpieczonego, jest ogromna. Jak pokazuje rycina 1, można szacować, że nakłady te są czterokrotnie niższe niż średnia unijna. Stąd np. dramatyczne niedobory środków ochrony osobistej na początku epidemii, zanim doszło do ich bezpośredniego zakupu przez państwo, a w zasadzie przez spółki Skarbu Państwa.

Oczywiście nakłady na system to tylko jedno z narzędzi umożliwiających właściwą reakcję na atak pandemii, czego przykładem są olbrzymie problemy krajów o wielokrotnie większych nakładach, jak chociażby Szwecja, lider Unii Europejskiej pod tym względem.

Drugim elementem, na który trzeba zwrócić uwagę, jest liczba łóżek szpitalnych ogółem, w tym krótkoterminowych, skala ich rozdrobnienia specjalizacyjnego oraz rozmieszczenie. W Polsce w ciągu kilkunastu ostatnich lat, kładąc nacisk na wzrost efektywności opieki zdrowotnej poprzez skracanie czasu pobytu i poniekąd uzasadnione przesunięcie diagnostyki i terapii w kierunku leczenia ambulatoryjnego, starano się maksymalnie zmniejszyć liczbę łóżek krótkoterminowych. Oczywiście miało tu znaczenie wprowadzenie norm zatrudnienia pielęgniarek, które te redukcje przyspieszyło. Niestety dotyczyło to w głównej mierze łóżek specjalizacji podstawowych (interny, chirurgii, pediatrii oraz położnictwa i ginekologii). W niewielkiej mierze, żeby nie powiedzieć – w żadnej, nie przekładało się to jednak na adekwatne zwiększenie liczby łóżek opieki długoterminowej. Dodatkowymi elementami były duże rozdrobnienie tych oddziałów z tendencją do tworzenia małych, kilkunastołóżkowych oddziałów specjalistycznych oraz zgrupowanie większości bazy łóżkowej w metropoliach i stopniowe „wymieranie” szpitali powiatowych.



\*dane szacunkowe

\*\*dane na 2016 r.

**Rycina 1.** Wydatki na opiekę zdrowotną w 2017 r. (w euro na mieszkańca)

Źródło: Eurostat (online datacode: html\_sha11\_M)

Po trzecie, trzeba pamiętać o drastycznym niedoborze kadry profesjonalistów medycznych. Niedobór ten wywołany jest wieloma czynnikami. Niedostatecznym kształceniem – nie tylko w latach ubiegłych, bo obecny wzrost ciągle jest niewystarczający w stosunku do potrzeb. Niskimi, niesatysfakcjonującymi zarobkami pracowników, co powodowało znaczną emigrację zarobkową, odchodzenie z zawodu czy wręcz niepodjęcie pracy po studiach. Dotyczy to nie tylko lekarzy i pielęgniarek, ale praktycznie wszystkich grup zawodowych. Przeciwnie jedną z przyczyn początkowo małej liczby wykonywanych badań RT-PCR dotyczących SARS-CoV-2 była mała liczba laboratoriów i diagnostów zatrudnionych w laboratoriach wyposażonych w potrzebne analizatory.

Wymienione przyczyny to tylko wierzchołek góry lodowej. Spróbuję więc poniżej odsłonić je szerzej, mając pełną świadomość, że to nadal będzie tylko początek.

### Charakter opieki szpitalnej nad chorymi na COVID-19

Nasza wiedza na temat COVID-19 rośnie w tempie nieznanym w przypadku wcześniej pojawiających się chorób. Trwają intensywne prace nad szczepionką, testowane są wciąż nowe leki stosowane w ciężkich przypadkach. Jednocześnie jedna obserwacja od początku pandemii nie ulega istotnym zmianom, a właśnie ona ma fundamentalny wpływ na organizację opieki nad chorymi.

Należy zdawać sobie sprawę, że znaczna część zakażonych SARS-CoV-2, zwłaszcza osoby młode, nie ma

żadnych objawów klinicznych i często w ogóle pozostaje nierozpoznana, choć może zakażać innych. Spośród wszystkich osób z rozpoznaniem zakażenia ok. 80 proc. przebywa chorobę w sposób dość lekki i znakomita większość przypadków nie wymaga leczenia szpitalnego. W Polsce początkowo umieszczano te osoby w domach, ale wobec nasilania się transmisji poziomej z tego właśnie źródła zaczęto je umieszczać w tzw. izolatoriach. Głównym problemem jest jednak pozostałe 20 proc. chorych, z których mniej więcej połowa, czyli ok. 10 proc. zakażonych, przebywa chorobę w sposób ciężki, wymaga leczenia w warunkach wzmoczonego nadzoru, tlenoterapii i bardzo często respiratoroterapii.

Ta obserwacja powodowała właśnie gwałtowne, choć często spóźnione reakcje rządów państw całego świata dotyczące masowej izolacji, aby maksymalnie zahamować rozprzestrzenianie się wirusa. Zbyt wielka liczba zakażonych w krótkim czasie powodowała bowiem brak możliwości udzielania pomocy wszystkim chorym, konieczność podejmowania dramatycznych wyborów dotyczących pacjentów kwalifikujących się do wentylacji i wysoką śmiertelność, którą obserwowano w wielu miejscach, że przypomnę tu tylko Lombardię czy Nowy Jork.

### Liczba łóżek szpitalnych

Jak wspomniałem na wstępie, w Polsce w ostatnich kilkunastu latach podążaliśmy modną ścieżką redukcji liczby łóżek szpitalnych, zwłaszcza krótkoterminowych. Moda ta była związana głównie z poszukiwaniem maksymalnej efektywności ekonomicznej systemu, bo – co oczywiste – utrzymanie łóżka szpitalnego kosztuje.

**WYPADAŁOBY PRZEMYSŁEĆ,**

**JAK POWINNA WYGLĄDAĆ SIEĆ SZPITALI**

**I ODDZIAŁÓW SZPITALNYCH W KRAJU,**

**BY SPROSTAĆ NIE TYLKO**

**POTRZEBOM BIEŻĄCYM, ALE TAKŻE**

**POTENCJALNYM, JAK WYWOŁANE COVID-19**

Było to jednak możliwe, a nawet sensowne, tylko w sytuacji, w której dało się oszacować potencjalną liczbę chorujących. Trudno nie zauważyć, że dyrektywa o prawach pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej była komplementarna do takiej właśnie strategii. Otóż dawała ona uprawnienia do leczenia za granicą w przypadkach, gdy potencjał wykonawczy szpitali w kraju zamieszkania chorego uniemożliwiał wykonanie leczenia w rekomendowanym terminie. Odrębnym problemem jest to, jak zaimplementowano dyrektywę w Polsce, bo nawet to prawo zostało nam drastycznie ograniczone – nie ze względu na potencjał wykonawczy, ale z uwagi na brak pieniędzy w systemie. Ale wróćmy do tematu.

Kolejnym elementem jest liczba miejsc na oddziałach intensywnej opieki medycznej (OIOM), umożliwiających np. tak potrzebną w trakcie COVID-19 respiratoroterapię, w stosunku do całkowitej liczby łóżek. W Polsce co do zasady tych łóżek miało być 2–5 proc. Tymczasem w wielu małych szpitalach w ogóle nie było OIOM-ów. Ich rolę odgrywały tzw. łóżka wzmożonej opieki, najczęściej na internach, obsługiwane przez lekarzy chorób wewnętrznych. W placówkach większych rzadko wskaźnik osiągał minimalne 2 proc., a w wielu wielkich części olbrzymich OIOM-ów były wyłączone z normalnej działalności. Nie muszą chyba dodawać, że wynikało to z trzech przyczyn: braku pieniędzy w szpitalach na inwestycje, braku pieniędzy w NFZ na finansowanie nowych lub powiększonych OIOM-ów, ale przede wszystkim braku odpowiedniej liczby anesteziologów na rynku pracy i restrykcyjnych norm ich zatrudniania.

Uderzenie pandemii COVID-19 pokazało, że niemal w całej Europie system opieki zdrowotnej nie był w stanie przyjąć do leczenia wszystkich potrzebujących. Z uwagi na wysoką zakaźność szybko stało się jasne, że umieszczając pacjentów zakażonych w szpitalach przyjmujących chorych na inne choroby, w szybkim tempie zwiększymy transmisję wirusa. Sieć oddziałów zakaźnych okazała się w tej sytuacji z jednej strony niewystarczająca, a z drugiej groźna dla pacjentów leczonych w tym samym szpitalu, ale na innych oddziałach. W Polsce zareagowano na to w sposób właściwy co do zasady, tworząc szpitale jednoimienne,

mogące leczyć nie tylko osoby chore na COVID-19, ale też zakażonych SARS-CoV-2 wymagających pomocy z innych przyczyn, chociażby zakażone kobiety w trakcie porodu. Mimo to prawdziwa rzeź, jaka wydarzyła się w pozostałych szpitalach, pozbawionych w znacznej mierze środków ochrony osobistej, ze zmniejszoną obsadą kadrową, o czym za chwilę, przez długi czas pozbawionych możliwości diagnozy RT-PCR pacjentów i pracowników – dowiodła, że poprzez utworzenie sieci szpitali jednoimiennych nie rozwiązano wszystkich problemów. Wróćmy jednak do Europy.

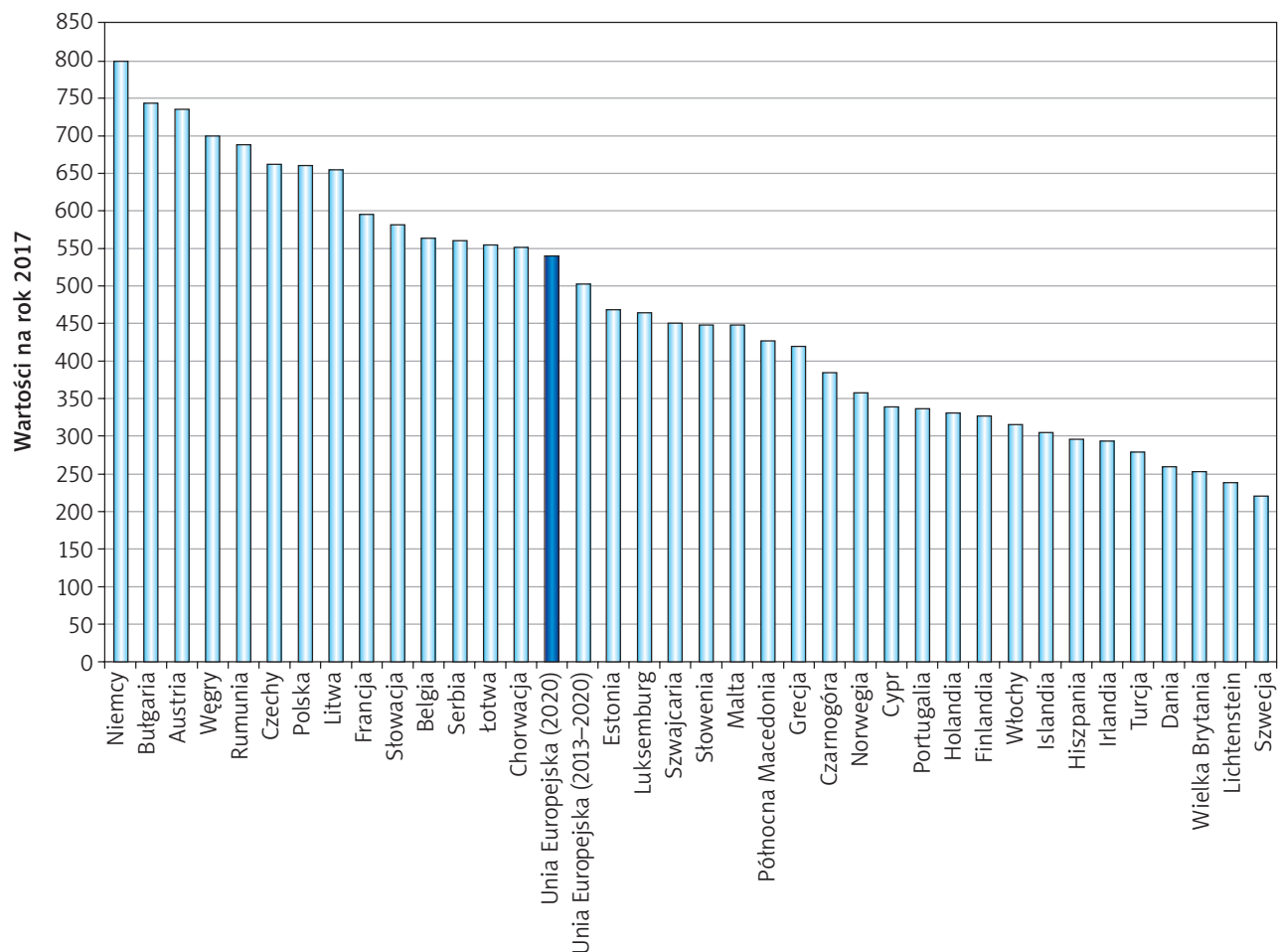
Prosta obserwacja sytuacji w krajach europejskich pokazała, że największe dramaty rozgrywały się w krajach, gdzie nie tylko zbyt późno wdrażano procedury izolacyjne, lecz także liczba łóżek szpitalnych liczona populacyjnie była najmniejsza. Paradoksalnie było to niemal odwrotnie proporcjonalne do nakładów *per capita* (ryc. 1). Średnia liczba łóżek szpitalnych na 100 tys. mieszkańców wg Eurostatu wynosiła ok. 550 dla całej UE. Zestawiając jednak liczbę łóżek w poszczególnych krajach ze śmiertelnością liczoną na milion mieszkańców (dane na 12.04.2020 – dzień pisania artykułu), otrzymujemy dość zatrważającą statystykę (ryc. 2, tab. 1).

Oczywiście tabela 1 ma wiele ułomności, z których najważniejszą jest sposób kwalifikowania zgonów oraz czas od początku epidemii w danym kraju – w Polsce epidemia rozpoczęła się nieco później niż w pozostałych wymienionych krajach. Mimo to wskaźnik znacznie mniejszej śmiertelności w krajach dysponujących większą bazą łóżek szpitalnych powinien być przeanalizowany po wygaśnięciu pierwszej fali pandemii i być może dotychczasowa praktyka powinna zostać skorygowana.

### Charakter i rozmieszczenie łóżek szpitalnych

Jest poniekąd oczywiste, że liczba łóżek szpitalnych musi być dostosowana przede wszystkim do potrzeb obecnych, ale jak napisano wyżej, także potencjalnych, epidemicznych. Musi być ona jednak dostosowana także do potencjału ludzkiego, którego notujemy bezwzględny niedobór. Dlatego nie twierdzę, że mamy utrzymywać w dużej mierze fikcyjne 800 łóżek na 100 tys. mieszkańców jak nasi bogaci zachodni sąsiedzi. Zwłaszcza że i oni płaczą, że po zamknięciu granic w połowie marca i zatrzymaniu w kraju polskich profesjonalistów medycznych nie ma kto u nich pracować, przede wszystkim w placówkach przygranicznych. Wypadałoby w takim razie przemyśleć, jak powinna wyglądać sieć szpitali i oddziałów szpitalnych w kraju, by sprostać nie tylko potrzebom bieżącym, ale także potencjalnym, jak wywołane COVID-19. A to w ogóle nie było przedmiotem rozważań w słynnej debacie o zdrowiu moderowanej przez ministra zdrowia. Wystawia to zresztą nieciekawą cenzurkę uczestnikom tych debat.

Wydaje się, że należałoby rozpatrzyć następujące rozwiązanie. Utrzymać dużą bazę łóżkową jako rezerwę strategiczną, ale wykorzystywaną na działalność,



**Rycina 2.** Grafika zaczerpnięta z Eurostatu dotycząca liczby łóżek szpitalnych na 100 tys. mieszkańców w poszczególnych krajach

Źródło: Eurostat

w której trakcie możliwa jest ewakuacja pacjentów do domu i przeniesienie części chorych do innych szpitali. Takimi rodzajami działalności są psychiatria czy rehabilitacja. W przypadku psychiatrii mamy rzeczywiście nadmiar łóżek, który w trakcie reformy leczenia psychiatrycznego poprzez rozwinięcie opieki ambulatoryjnej i środowiskowej stanie się zbędny. W przypadku rehabilitacji, zwłaszcza ogólnoustrojowej, wypisanie pacjentów do domu nie będzie się wiązać ze znacznym pogorszeniem stanu ich zdrowia. Oczywiście mówimy o sytuacjach nadzwyczajnych, takich jak obecna.

Liczba łóżek szpitalnych powinna być rozmieszczona bardziej populacyjnie niż obecnie. Mści się postępująca metropolizacja szpitali, która sprawia, że większość łóżek szpitalnych i większość profesjonalistów medycznych (nieadekwatnie nawet do tego parametru) znajduje się w wielkich miastach. Przez to epidemia wybuchająca poza tymi ośrodkami nie napotyka tam, które mogą hamować jej rozprzestrzenianie.

Należałoby też poważnie pochylić się nad pomysłem promowanym od kilku lat przez prof. Jarosława Fedorowskiego, prezesa Polskiej Federacji Szpitali – odejścia od klasycznej oddziałowej struktury szpitali. W miejsce kilkunastołóżkowych oddziałów można przecież utwo-

żyć duże oddziały zabiegowe i niezabiegowe z odrębnym OIOM-em połączonym z SOR-em. O ileż to lepsze wykorzystanie bazy łóżkowej oraz potencjału ludzkiego, a równocześnie – jakież to ograniczenie autonomii dotychczasowych oddziałów, często udzielnych księstw w obrębie szpitali. Ideę prof. Fedorowskiego można poszerzyć o utworzenie pododdziałów o wzmożonym nadzorze epidemiologicznym w obrębie każdego w wyżej zaproponowanych. Byłoby to dodatkowe zabezpieczenie organizacyjne na wypadek kolejnej pandemii.

### Liczba i rodzaj profesjonalistów medycznych

To, że brakuje profesjonalistów medycznych, jest truizmem. Wszyscy powtarzamy, że jest zbyt mało lekarzy i pielęgniarek, a główne przyczyny tego stanu wymieniłem na wstępie. Ale problem dotyczy kilku elementów: kształcenia i wynagradzania oraz rozmieszczenia i wyspecjalizowania. Dotyczy też wszystkich pracowników medycznych, a nie tylko tych dwóch grup.

Musimy kształcić więcej profesjonalistów medycznych, niż to wynika z aktualnych potrzeb zdrowotnych, z powodu gigantycznej luki pokoleniowej, na którą pracowaliśmy w latach ubiegłych. W przeciwnym razie będziemy mieć trwały deficyt przez wiele lat.



**NIE BĘDZIEMY MIEĆ WYSTARCZAJĄCEJ**

**LICZBY DIAGNOSTÓW, PIELĘGNIAREK,**

**OPIEKUNEK, BA, PERSONELU POMOCNICZEGO,**

**JEŻELI CI LUDZIE BĘDĄ MIEĆ**

**NIŻSZE PENSJE NIŻ KASJERKA**

**W DYSKONCIE**

Musimy też zacząć wynagradzać ich na poziomie znacznie wyższym niż obecnie. Ich zarobki muszą być konkurencyjne nie tylko w stosunku do wynagrodzeń w bogatszych krajach Europy, lecz także w innych zawodach w kraju. Nie będziemy mieć wystarczającej liczby diagnostów, pielęgniarek, opiekunek, ba, personelu pomocniczego, jeżeli ci ludzie będą mieć niższe pensje niż kasjerka w dyskoncie. Ale o tym przy dygresji o nakładach.

Musimy także kształcić ludzi tak, aby w razie potrzeby móc ich wykorzystać w innych częściach opieki medycznej. Rozdrobnienie specjalności lekarskich to jedna z trucizn obecnego systemu. Najprostszym wyjściem jest powrót do poprzednich rozwiązań – najpierw trzeba opanować kluczową dziedzinę medycyny, aby specjalizować się szczegółowo. Nie powinno być żadnej dziedziny niezabiegowej przed wcześniejszą specjalizacją z interny bądź pediatrii i żadnej dyscypliny zabiegowej przed zdobyciem umiejętności z chirurgii. Wyjątki (może radiologia) powinny być wybrane nie wcześniej, ale w okresie późniejszym. Już parę miesięcy temu, bez

epidemii, nasz system cierpiał na potrzebę dziesiątków konsultacji w tak banalnych sprawach, jak nie przymerzając, wymiar sprawiedliwości na opinie biegłych. Zgubiliśmy gdzieś holistyczne podejście do pacjenta, tak potrzebne w sytuacjach krytycznych – jak obecna.

Olbrzymim problemem jest niedostateczna liczba pracujących, niedostosowana do liczby i wielkości funkcjonujących na rynku podmiotów leczniczych. Borykamy się z tym problemem od lat, lecz jedyne, co się udało stworzyć, to dwa patologiczne rozwiązania. Pierwszym jest zatrudnianie pracowników na umowy cywilnoprawne, co pozwala na wykorzystanie ich w większym wymiarze, niż wynikałoby to z wymiaru czasu pracy określonego w Kodeksie pracy. Drugim – zatrudnianie pracowników w kilku zakładach pracy. Znowu – kiedy Unia Europejska wprowadzała dyrektywę o czasie pracy, to podobnie jak z dyrektywą o prawach pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej, tak pokrętnie zmieniono jej interpretację w polskim prawie, że praktycznie dyrektywa ta nie znajduje u nas odniesienia. Albo inaczej – obowiązuje w ramach umowy o pracę w jednym zakładzie pracy. Jeżeli to nie jest umowa o pracę albo dotyczy kilku pracodawców, to hulaj dusza – piekła nie ma. Ten jeden raz pozwolę sobie na wskazanie osoby odpowiedzialnej za to. W obu przypadkach ministrem zdrowia odpowiedzialnym za taką interpretację dyrektyw była Ewa Kopacz. To było gwoździem do trumny i na tym końcu poszukiwanie personalnie winnych czegośkolwiek.

Ta fatalna interpretacja dyrektywy o czasie pracy w przeszłości powodowała np. liczne przypadki śmierci

**Tabela 1.** Zestawienie bazy łóżkowej ze śmiertelnością w poszczególnych krajach na podstawie danych z ryciny 2 i raportu: [worldometers.info/coronawirus/#countries](http://worldometers.info/coronawirus/#countries)

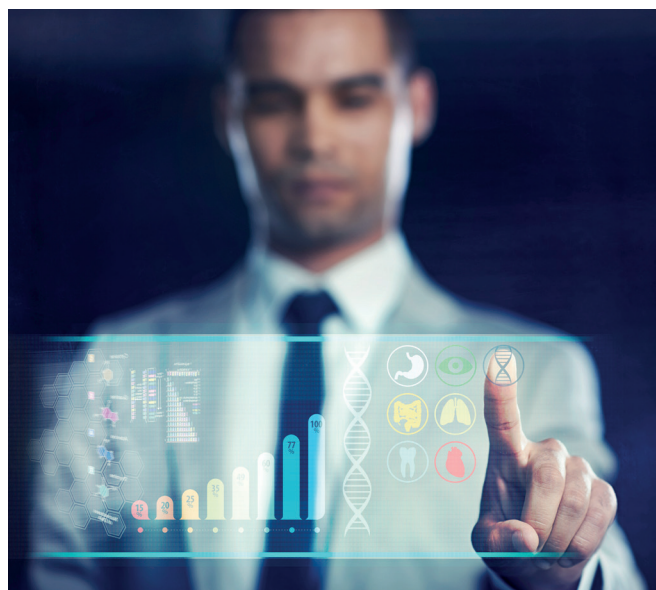
	Szwecja	Wielka Brytania	Hiszpania	Włochy	Czechy	Polska	Austria	Niemcy
Liczba łóżek/100 tys.	222	254	297	318	663	662	737	800
Zgony/1 mln	89	156	374	329	13	6	41	36

ci lekarzy dyżurujących przez kilka dni, opisywane w prasie. Jednak obecnie powoduje gorsze skutki. To właśnie praca w wielu miejscach lekarzy, pielęgniarek, ratowników, opiekunek, salowych – powoduje wzmożone ryzyko poziomej transmisji SARS-CoV-2 pomiędzy szpitalami, ZOL-ami i DPS-ami. Diabelską alternatywą dla rządzących było – zablokować transmisję czy zdeorganizować, a często wyłączyć z pracy wiele oddziałów szpitalnych czy nawet doprowadzić do braku opieki w wielu ZOL-ach i DPS-ach, bez możliwości ewakuacji przebywających tam osób. Stąd rozpaczliwe „prośby o rozważenie zatrudnienia w jednym miejscu pracy”. Rozwiązanie równie desperackie, jak nieskuteczne. I tak płacimy za grzechy lat ubiegłych w dziedzinie braku wystarczającej liczby zatrudnionych.

### Nakłady na system opieki zdrowotnej

Pisanie po raz kolejny o niedostatecznych nakładach na opiekę zdrowotną jest następnym truizmem, ale mimo wszystko pozwolę sobie na to. Chciałbym jednak w tym miejscu powiązać tę sprawę z elementami podnoszonymi wcześniej. Jak pokazywałem, wiele z krajów o wysokich nakładach ma mocno zredukowaną najkosztowniejszą część systemu – lecznictwo szpitalne. Pytanie: na co wydają te niebagatelne środki? Szczególnie charakterystycznym krajem jest Szwecja, która ma największe nakłady *per capita* na zdrowie i prawie najmniejszą liczbę łóżek szpitalnych w przeliczeniu na populację. Przy okazji, o czym nie pisano wcześniej, liczba profesjonalistów medycznych w tym kraju, choć niekoniecznie pracujących w lecznictwie szpitalnym, jest jedną z największych. Oczywiście, zgodnie z modelem skandynawskim Szwecja ma wiele ofert społecznych, takich jak darmowe leki dla pacjentów, nie tylko w wieku senioralnym. Ale główną tajemnicą jest to, że nakłady są przeznaczane na zatrudnienie i dobre wynagradzanie dużej liczby profesjonalistów medycznych. No to po odkryciu tego „kamienia filozoficznego” powiedzmy sobie jasno kilka rzeczy.

Po pierwsze – jeżeli chcemy mieć sprawną opiekę zdrowotną, która będzie nas chronić na co dzień, ale też w przypadkach epidemii, musimy mieć wystarczającą liczbę zatrudnionych, dobrze wykształconych i dobrze opłacanych profesjonalistów medycznych. I nie zapłacimy im oklaskami na balkonach i w mediach. Zapłacić im trzeba żywym pieniądzem, i to nie z wirtualnego budżetu państwa, który przecież także jest pochodną płaconych przez nas podatków. Zapłacić im trzeba z solidarnie opłacanej przez wszystkich składki zdrowotnej w takiej wysokości jak w innych krajach Unii Europejskiej. Sposób realizacji tego postulatu jest stosunkowo prosty. Niech to będzie np. tak jak u naszego zachodniego sąsiada, który nieźle sobie radzi z COVID-19. Taka sama wysokość składki dla pracowników najemnych, taka sama dla samozatrudnionych, taki sam współudział pracodawców, taki sam zakres



**JEŻELI NIE BĘDIEMY PŁAĆ**

**ZATRUDNIONYM TAK,**

**JAK PŁACI SIĘ W INNYCH,**

**BOGATSZYCH KRAJACH,**

**TO BĘDĄ ONI TAM WYJEŹDZAĆ**

usług zdrowotnych gwarantowany przez składkę. Dla tych, którzy chcą ominąć ten haracz – możliwość ubezpieczenia się równoległego, ale bez prawa do korzystania z systemu publicznego.

Nie może być tak jak w Polsce, gdzie samozatrudnieni płacą składkę zryczałtowaną, za sędziów i prokuratorów płaci pracodawca, za rolników budżet państwa, za bezrobotnych i dzieci do 26. roku życia ubezpieczenie zapewnia składka opłacana przez pracującego członka rodziny, ale w zasadzie wszystko jest tak skonstruowane, aby płacić jak najmniej. Przy takiej konstrukcji dostajemy wszystkiego też jak najmniej i nie powinniśmy się temu dziwić.

Jeżeli nie będziemy płacić zatrudnionym tak, jak płaci się w innych, bogatszych krajach, to będą oni tam wyjeżdżać. Jeżeli kasjerka w Biedronce będzie zarabiać więcej niż opiekunka w szpitalu, to ludzie będą wybierać pracę w Biedronce. I tak pieniądze na kształcenie zostaną zmarnowane, a pracowników odpowiedzialnych za leczenie Polaków nie będzie. Potrzeba pieniędzy, i to dużo.

### Zabezpieczenie rezerw materiałowych

Kiedy rozpoczynała się epidemia, gigantycznym problemem, oprócz przedstawianych wyżej, był niedobór środków ochrony osobistej i środków dezynfekcyjnych. Brak pieniędzy powodował, że dla większo-

**WIELE Z KRAJÓW O WYSOKICH**

**NAKLADACH MA MOCNO ZREDUKOWANĄ**

**NAJKOSZTOWNIEJSZĄ CZĘŚĆ SYSTEMU –**

**LECZNICTWO SZPITALNE**

ści podmiotów leczniczych abstrakcją było tworzenie odpowiednich zapasów wcześniej, a w momencie rozpoczęcia się epidemii doszła do tego fizyczna niemożliwość zakupu ich gdziekolwiek, zwłaszcza w nieabstrakcyjnych cenach. Sprawę komplikowała jeszcze potrzeba, przynajmniej do czasu, przestrzegania prawa zamówień publicznych.

Tymczasem państwo, jak w wielu innych sprawach, słodko spało. Kiedy pojawiły się potrzeby, to odpowiedzialna za zaopatrzenie Agencja Rezerw Materiałowych nie miała w magazynach dosłownie nic, a co gorsza – prawdopodobnie nie miała nawet środków, aby cokolwiek kupić. Wcześniej, tak jak słynny Bank Zbożowy Nikodema Dyzmy kupował zboże od rolników, tak i ona kupowała hurtowo węgiel z kopalń, pozostawiając go na zwalach przy kopalniach. Kiedy w styczniu i lutym pojawiła się potrzeba zakupu środków do walki z epidemią, zaczęła przygotowywać się do przetargu, z którego dostawy miały zacząć zaopatrywać nasz rynek w... listopadzie.

Sytuację częściowo uratowało zwolnienie z potrzeby przeprowadzania przetargów w stanie epidemicznym i zaangażowanie w akcję spółek Skarbu Państwa, które ze swoich funduszy zaczęły kupować środki ochrony osobistej i respiratory w Chinach i transportować je do Polski uruchomionym mostem powietrznym, a także produkować środki dezynfekcyjne, jak ORLEN.

Akurat Agencja Rezerw Materiałowych – obok stacji sanitarno-epidemiologicznych, o których za chwilę, jest instytucją, która za swoje działanie w trakcie epidemii COVID-19 nie będzie mogła wypiąć piersi do medalu. Zresztą zweryfikowano to już wcześniej, odwołując jej prezesa, sprawującego stanowisko od 2014 r. Zartobliwie rzecz ujmując, to kolejny dowód na słabość agencji, skoro dość pazerna na stanowiska obecna władza wcześniej nie zwróciła na nią uwagi w kontekście wprowadzenia tam swojego człowieka od zarządzania.

### Służby epidemiczne

W trakcie epidemii dość niską sprawnością wykazały się też służby sanitarno-epidemiologiczne. Za uspokajające komunikaty ze stycznia i początku lutego zapłaci prawdopodobnie Główna Inspekcja Sanitarna, pomimo jej dużego zaangażowania, zwłaszcza na początku epidemii – w marcu 2020 r. Problem nie jest jednak personalny, ale strukturalny, a przez to finansowy.

W czasie reformy w 1999 r. nie tylko część szpitali podporządkowano powiatom, skazując je, jak się okazało, na status placówek drugiej kategorii, za co w sposób nieuzasadniony cierpią. Poszukując zadań dla nowo tworzonych powiatów, przyporządkowano im też służby sanitarno-epidemiologiczne. Obecnie główny inspektor sanitarny może wysyłać pisma do powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych (PSSE), ale one podlegają starostom i są przez nich finansowane. Z jednej strony było to kolejne miejsce do zarządzania przez osoby podległe miejscowym koalicjom, co dawało takie efekty, jak słynne przekazanie danych osobowych i sytuacji rodzinnej tzw. przypadku zero przez właściwego terytorialnie dyrektora PSSE. Z drugiej strony biedne strukturalnie powiaty, obciążone zadaniami własnymi, a najczęściej jeszcze pokrywaniem strat należących do nich szpitali, traktowały podległe służby sanitarno-epidemiologiczne jak piąte koło u wozu, utrzymując je z niewystarczającego dofinansowania z budżetu, bez inwestycji w infrastrukturę, wyposażenie i potrzebne szkolenia.

W takiej sytuacji oczekiwanie, że PSSE będą prowadziły szybkie i sprawne dochodzenia epidemiczne, by wychwycić wszystkie możliwe kontakty osób zakażonych, dokonają badań osób podejrzanych, nie posiadając analizatorów PCR i floty pojazdów pobierających próbki w miejscu ich zamieszkania, a także będą w trybie niezwłocznym podejmować decyzje administracyjne dotyczące izolacji czy wręcz kwarantanny, było po prostu nierealne. I to, oprócz zakażeń wychodzących z podmiotów leczniczych, jest największy powód do niepokoju w trakcie walki z epidemią.

Kwestia odebrania stacji sanitarno-epidemiologicznych powiatom i stworzenia z nich instytucji pionowej, podległej nie organom samorządowym, ale państwowym – to kolejny ważki temat do dyskusji, abyśmy w przypadku kolejnej epidemii nie przeżywali wszystkiego po raz kolejny od początku.

### Tematy, tematy, tematy...

Liczba tematów, które należałoby poruszyć, jest znacznie większa niż przestrzeń na jeden artykuł. Są jeszcze zagadnienia dotyczące współpracy między poszczególnymi elementami systemu: POZ, AOS i leczeniem szpitalnym. Jest problem ograniczenia opieki nad osobami chorymi nie na COVID-19 i zagrożeń, które dla nich niesie epidemia. Jest kwestia współpracy pomiędzy służbami państwa w czasie epidemii, koordynacji działań jednostek opieki zdrowotnej, policji, straży pożarnej, straży miejskich i innych służb. Te tematy to wielka nowość dla wszystkich, których to dotyczy. Jednocześnie pokazuje to, że państwo w pewnych sprawach, takich jak zagrożenie epidemiczne, jak było z dykty, tak z dykty pozostaje. Czy tak będzie, cytując Franza Maurera: „do końca mojego czy Rzeczypospolitej” – czas pokaże. Ale może COVID-19 czegoś nas nauczy.

*Maciej Biardzki*