

# Marzenie o sieci szpitali po pandemii



Fot. iStockphoto.com

W trakcie dyskusji o redefinicji sieci szpitali należy wziąć pod uwagę to, czego nas nauczyła pandemia. Oczywiście jestem optymistą i liczę, że z pandemii jakąś naukę wyciągnęliśmy wszyscy – jako społeczeństwo, jako profesjonaliści medyczni, ale też jako organizatorzy systemu opieki zdrowotnej, w tym politycy wszelkich opcji. Zarówno ci, którzy kiedyś za niego odpowiadali, którzy odpowiadają teraz, jak i ci, którzy mają apetyt na władzę i być może będą za niego odpowiadać w przyszłości.

Wielokrotnie, pisząc o sieci szpitali, zwracałem uwagę, że sama „sieciowość” nie powinna się zamykać w klasie szpitali krótkoterminowych, lecz dotyczyć wszystkich podmiotów leczniczych do poziomu praktyk lekarza rodzinnego. Nie ma w tym nic dziwnego – chodzi o wiele spraw: zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, optymalne wykorzystanie posiadanego potencjału, ale też o zapewnienie rentowności działania poszczególnych jednostek poprzez przeniesienie konkurencji już na poziom konkursu organizowanego przez płatnika usług zamiast kontraktowania wielu jednostek na poziomie finansowania nieumożliwiającym im normalną działalność.

Pandemia COVID-19 obnażyła wiele słabości systemu, także tych nakazujących patrzeć z uwagą na nowe podejście do sieci. Pokazała przede wszystkim brak potencjału, zwłaszcza ludzkiego, do zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych w sytuacjach kryzysowych. Konieczność wyodrębniania kolejnych jednostek do

zwalczania COVID-19 powodowała coraz większy brak dostępności świadczeń dla chorych na inne choroby. Współistnienie kilku jednostek chorobowych z COVID-19 w dramatyczny sposób utrudniało leczenie znacznej liczby pacjentów. Tworzenie „szpitali tymczasowych” pokazało, że można znaleźć infrastrukturę, w miarę szybko dostosować ją do potrzeb i wyposażać w niezbędny sprzęt, ale nie ma kogo tam zatrudnić bez dewastowania innych miejsc udzielania świadczeń. Doświadczaliśmy okrutnych konsekwencji „krótkiej koldry” profesjonalistów medycznych, którą testowaliśmy przez ostatnie lata w postaci wstrzymywania działalności kolejnych oddziałów szpitalnych po odejściach pojedynczych lekarzy. Przeciąganie lekarzy na oddziały covidowe spowodowało już nie tylko odsłonięcie stóp czy kolan, ale znacznie większej liczby wstydlivych braków kadrowych systemu.

No i teraz mamy się zmierzyć z przebudową sieci szpitali. Co zatem powinniśmy mieć w tyle głowy?

## Mapy potrzeb zdrowotnych aktualizowane w zależności od zmieniającej się sytuacji epidemiologicznej i posiadanego potencjału

Dobrze, że toczą się prace nad całkiem nowym kształtem map potrzeb zdrowotnych, uwzględniających nie tylko stan obecny, ale potrzeby przyszłe. Dotychczasowe mapy tak jak dotychczasowa sieć były tylko opisem posiadanego potencjału i zabetonowaniem w systemie istniejących podmiotów leczniczych wraz z posiadanymi przez nie zakresami. Zamiast tworzyć bardziej czy mniej ambitny program dostosowania liczby potrzebnych placówek do realnych potrzeb zdrowotnych i posiadanego potencjału ludzkiego i infrastrukturalnego – poddano się sile oporu szpitali walczących jak lwy o utrzymanie dotychczasowego pełnego zakresu świadczonych usług.

Powtórzyła się zatem sytuacja z tworzeniem koszyka świadczeń zdrowotnych, kiedy to zapisano w nim praktycznie wszystkie pozycje katalogu Narodowego Funduszu Zdrowia, a do dzisiaj usunięto znikomą ich część, dopisując w zamian wiele nowych. I tu, i tu była szansa na rzeczywistą zmianę w systemie, a skończyło się na działaniach pozornych.

Koszyk wymaga rzeczywistego przewietrzenia i usunięcia z niego wielu pozycji, których wartość lecznicza jest wątpliwa lub przełożenie kosztów wytworzenia na efekt leczniczy jest znacznie gorsze niż pozycji równoważnych. Wymaga też opisanie materiałów i technologii medycznych wykorzystywanych do wykonania procedury. Tylko taki, stale nowelizowany koszyk pozwoli na zrównoważenie nakładów na opiekę zdrowotną z liczbą usług możliwych do sfinansowania ze składki zdrowotnej i innych nakładów publicznych. Pozwoli także na powszechne wprowadzenie ubezpieczeń suplementarnych i komplementarnych, o których potrzebie dyskutuje się już prawie 20 lat.

Podobnie jest w przypadku sieci – nie jest potrzebny opis dotychczasowych miejsc udzielania usług, ale wskazanie, ile określonych świadczeń należy sfinansować na danym obszarze (może z uwzględnieniem migracji) i zakontraktowanie tylu miejsc ich wykonywania, by zrobić to w sposób najbardziej ergonomiczny, przy wykorzystaniu najmniejszej liczby tak skąpych zasobów ludzkich.

I takie mapy potrzeb zdrowotnych muszą powstać, zanim zaczniemy się targować, jakie oddziały powinny zachować konkretny szpital. Niewykluczone, że w tym celu musi nastąpić choćby przejściowe przejście wszystkich szpitali w regionie (województwie) przez jeden organ założycielski, co moim zdaniem słusznie proponowano przed kilkoma miesiącami. Z uwagi na falę pandemii temat ucichł, ale mam nadzieję, że nie umarł, bo bez niego trudno mi uwierzyć w tworzenie sieci, z której nie tylko część szpitali zniknie, ale większość będzie musiała się pożegnać z niektórymi dotychczasowymi oddziałami.

„Redefinicja sieci szpitali? Bolesną pierwszą decyzją powinno być zmniejszenie liczby szpitali”

## Sieć potrzeb – nieistniejących miejsc udzielania świadczeń, lobbingów czy rentowności

I tu jest pierwszy punkt, który musi być uwzględniony przez sieć. Jeżeli z mapy wynika, że w danym regionie musi być utworzony np. oddział neurologiczny, to trzeba podjąć starania o jego powstanie. Ale jeżeli z niej wynika, że zamiast np. dziesięciu oddziałów laryngologicznych liczących po 10–12 łóżek wystarczą trzy 30-łóżkowe, to także takie działania trzeba podjąć. To oczywiście będzie trudne i spotka się z oporem z wszystkich stron, w tym oporem społecznym inspirowanym przez samorządowców, dyrektorów szpitali, ale także pracowników likwidowanych oddziałów, nieakceptujących konieczności ich zamknięcia.

I to może być najtrudniejszy element – zwalczanie lobbingu na rzecz utrzymania *status quo*. Być może trzeba będzie zastosować metodę kija i marchewki – bezwzględnie realizować restrukturyzację produktową systemu wynikającą z map potrzeb zdrowotnych, a jednocześnie nagradzać szpitale, które zechcą się przebranżowić, przekazując im np. środki na inwestycje czy dostosowując wartość kontraktu do wysokości niezbędnej do utrzymania działalności na należnym poziomie.

Trzecim punktem leżącym po stronie organizatora opieki zdrowotnej jest jak najszybsza rewizja wycen świadczeń opieki zdrowotnej dokonywanych przez AOTMiT. Nie może to być jak do tej pory praca dotycząca głównie nowych technologii medycznych. Jak najszybciej trzeba przeszacować procedury, których wolumen stanowi ok. 80 proc. wszystkich wykonywanych. Zrównoważenie wycen większości procedur sprawi, że nie będzie na dotychczasową skalę oddziałów zarabiających i oddziałów deficytowych. Niezależnie od potrzeby dokonania tych wycen, a przecież w tym celu agencja została przemianowana z AOTM na AOTMiT, może wtedy łatwiej będzie dokonać restrukturyzacji produktowej.

## Sieć potrzeb – ale przy uwzględnieniu istniejącego potencjału

Wielkim problemem dla twórców nowej sieci będzie dysproporcja pomiędzy zasobami ludzkimi i infrastrukturalnymi a potrzebami zdrowotnymi. Znajdą się zapewne zakresy i regiony, gdzie zasoby będą przekraczać potrzeby, ale w znakomitej większości będzie niedobór

„Pozostaje pytanie, czy podejmiemy się trudnej, pozytywistycznej pracy, czy będziemy znowu wykonywać ruchy pozorne, na zasadzie: już niedługo wybory – nie robimy nic, co zaszkodzi notowaniom”

zasobów. Przede wszystkim niedobór ludzi – zarówno lekarzy o określonych specjalnościach, jak i pielęgniarek i innych profesjonalistów medycznych. Będą to problemy infrastrukturalne w jednostkach należących do sieci, np. niedostateczna liczba łóżek IT, niespełniająca wymogów sterylizatornia czy po prostu potrzeba termomodernizacji. I będzie stały brak pieniędzy na sfinansowanie odpowiedniej liczby określonych świadczeń.

Podział pieniędzy na świadczenia zdrowotne nie powinien się odbywać jak do tej pory poprzez wybieranie określonego zakresu świadczeń do uprzywilejowanego finansowania. Powinno to polegać na określeniu sieci świadczeń dostosowanej do obecnego potencjału ludzkiego, finansowego i infrastrukturalnego. Sieć musi się stopniowo rozwijać w miarę wzrostu liczby nowych profesjonalistów medycznych i środków na zakup świadczeń oraz nakładów inwestycyjnych na podniesienie ich jakości i komfortu wykonywania. W przypadku nakładów finansowych na zakup świadczeń trzeba przypomnieć o wycenie, która powinna umożliwiać takie wynagradzanie pracowników, aby chcieli właśnie tutaj pracować.

Takie wykorzystanie map potrzeb zdrowotnych i sieci wykonawców pozwoliłoby na dużo bardziej efektywne wykorzystanie wzrostu środków na świadczenia zdrowotne czy środków inwestycyjnych, w tym pochodzących z Unii Europejskiej. Jednocześnie umożliwiłoby np. bardziej celowane kształcenie lekarzy specjalistów w trybie rezydentur. Właśnie teraz zaczyna się zwiększać liczba absolwentów uczelni medycznych po wroście naboru w latach 2015–2016. Liczba miejsc rezydenckich w poszczególnych regionach musi być jak najbardziej powiązana z deficytem potencjału w poszczególnych specjalnościach, wynikającym właśnie z map potrzeb, a nowi rezydenci już od początku swojego szkolenia powinni zasilać szpitale sieciowe. Prawdę mówiąc, całość kształcenia przed- i podyplomowego wszystkich profesjonalistów medycznych musi zostać powiązana z potrzebami wynikającymi z ciągle rozwijającej się sieci. Sieci, tak jak zaznaczyłem na wstępie, nie tylko szpitale krótkoterminowych.

### Kompromis pomiędzy potencjałem a potrzebami

Jak napisałem – nie da się obecnie zbudować sieci naszych marzeń. Nie mamy takiego potencjału w żadnym aspekcie. Pierwsza sieć siłą rzeczy musi być niewystarczająca. Musi być kompromisem pomiędzy potrzebami a możliwościami. Czego powinniśmy unikać? Tego, że znowu pojawią się lobbyngi wskazujące, że jedna dziedzina medycyny jest ważniejsza od innej. A to kardiologia, a to onkologia, a to leczenie biologiczne chorób reumatycznych. Znowu zacznie się licytacja przy udziale niemających o rzeczy pojęcia polityków i szukających sensacji mediów. Czy nasi luminarze medycyny potrafiliby pohamować swoje działania na tym polu? Chciałbym w to wierzyć.

Wydaje się, że niezbędna byłaby wielka socjotechnika, aby przeprowadzić taki projekt. Uzyskanie zgody pomiędzy siłami politycznymi, co samo w sobie wydaje się niemożliwe. Liczne konferencje uzgodnieniowe z konsultantami krajowymi i przedstawicielami towarzystw naukowych w celu ustalenia kwot podziału nakładów na poszczególne specjalności w kolejnych latach. Zgoda związków zawodowych na wieloletni plan wzrostu wynagrodzeń, ale także likwidacji jednostek nadmiarowych. Pakt z mediami dotyczący parasola ochronnego nad wspólnie uzgodnionym projektem. Na świecie z takimi reformami potrafili sobie poradzić. Czy w Polsce jest to możliwe? Powtórzę: chciałbym w to wierzyć.

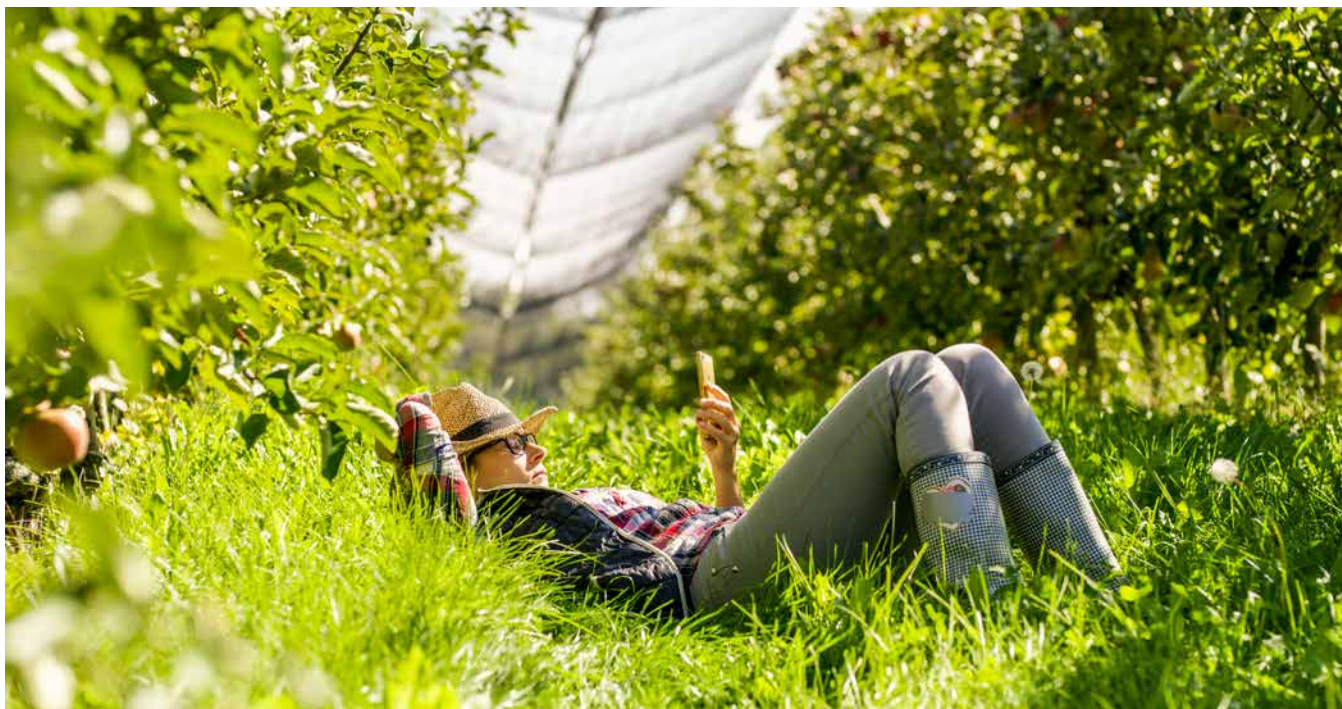
### Pandemia a sieć – niezbędny potencjał rezerwowy

Pandemia to przekleństwo, które dotknęło cały świat, w tym Polskę. Wypada mieć nadzieję, że jak wszystkie trudne doświadczenia spowoduje przewartościowanie dotychczasowych poglądów na wiele rzeczy.

Liczę na to, że w końcu ochrona zdrowia w Polsce zyska taką rangę jak w rozwiniętych krajach Europy. Wystarczy, że uzna się ją za strategiczny element infrastruktury państwa i innowacyjną gałąź gospodarki, a nie za studnię bez dna, do której ciągle trzeba dosypywać pieniędzy.

Jeżeli zacznie się rozmawiać, skąd wziąć niezbędne środki na rozwój systemu ochrony zdrowia, przeznaczy na nią porównywalny procent PKB jak w innych krajach, zacznie finansować kształcenie profesjonalistów medycznych – będzie dobrze. Jeżeli natomiast dalej będziemy dyskutować, jak poprawić efektywność wydatkowania pieniędzy publicznych w ochronie zdrowia, jak ją „uszczelnić” przed zwiększeniem nakładów – będzie źle. Będziemy dziadować jak do tej pory, a lekarze i pielęgniarki będą wyjeżdżać, nie widząc możliwości rozwoju w kraju ojczystym. Wybór jest w rękach polityków.

Pandemia unaoczniała, że polski system ochrony zdrowia nie posiada żadnych istotnych rezerw. Na wiosnę, kiedy SARS-CoV-2 wtargnął do naszego kraju,



Fot. iStockphoto.com

tylko poprzez radykalne rozwiązania udało się nie dopuścić do jego rozpowszechnienia. Drastyczne kroki zapewniające dystansowanie społeczne, częściowe zamrożenie gospodarki – spowodowały brak wiosennej fali. Reanimacja gospodarki kosztowała ponad 100 mld zł, których wcześniej tak skąpiono ochronie zdrowia.

Tymczasem uderzenie jesienne pokazało, że nie mamy czym się bronić. Wobec narastającej od września fali zachorowań byliśmy wyłącznie reaktywni. Żeby nie było nieporozumień – doceniam aktywność ministra Niedzielskiego, który objął resort po nieoczekiwanej dezercji ministra Szumowskiego. Rzucenie do walki z bezobjawowym i skąpoobjawowym COVID-19 lekarzy rodzinnych pozwoliło na jakąkolwiek drożność stale rozbudowywanych szpitali i oddziałów covidowych. Także ciągle nowe narzędzia informatyczne dały możliwość opanowania sieci zakażeń. Tyle że były to kroki spóźnione.

Śmiertelność w październiku i listopadzie, czyli w szczycie fali, była bardzo wysoka. Zwłaszcza że mówimy o śmiertelności wyłącznie z powodu COVID-19 jako choroby podstawowej lub współistniejącej. Są już pierwsze doniesienia o znacznym wzroście śmiertelności ogólnej. Jaki będzie efekt opóźnienia leczenia i diagnostyki pacjentów bez COVID-19, dowiemy się pewnie dopiero za jakiś czas.

Pandemia wykazała, że w takiej sytuacji nie ma kto i gdzie leczyć. Kazus szpitali tymczasowych, które dało się w miarę szybko utworzyć i wyposażać, ale nie było kogo w nich zatrudnić, przez co stały się w dużej mierze atrapami szpitali, jest wysoce znamieny. A to przecież jest prosty efekt lat zaniedbań, lat oszczędzania, lat zamiatania problemu ochrony zdrowia pod dy-

„Trzeba zwiększyć nakłady na zdrowie. Nakłady solidarnie obciążające całe społeczeństwo proporcjonalnie do przychodu. Bez świętych krów – czy to są rolnicy, czy przedsiębiorcy, czy księża”

wan. Czy to stanie się w końcu jasne dla polityków wszystkich opcji?

#### **Kwadratura koła – jak zbudować sieć bez rezerw potencjału (szpitale tymczasowe)**

Przykład pandemii SARS-CoV-2 wskazuje, że ochrona zdrowia nie może być całkowicie oparta na systemie ubezpieczeniowym i przeznaczona do leczenia osób płacących składki, na dodatek w systemie sankcjonującym kolejki do świadczeń. Mam nadzieję, że takie podejście zbankrutowało. Mechanizmy rynkowe w opiece zdrowotnej są niezbędne, ale do tego, aby udzielać świadczeń w sposób jak najbardziej efektywny. Rynek nie zastąpi organizatora opieki zdrowotnej. Czy ktoś jeszcze sądzi, że rynek poradziłby sobie ze zwalczaniem pandemii?

System musi zaspokajać potrzeby zdrowotne ludności w takim zakresie, na jaki organizator opieki (państwo) jest w stanie przeznaczyć konieczne fundusze.

„Wszyscy powinniśmy być sprawiedliwie opodatkowani na potrzeby działania opieki zdrowotnej, bez milionów pasażerów na gapę, w takiej wysokości, aby można było sfinansować właściwą opiekę zdrowotną”

Dlatego niezbędne są mapy potrzeb zdrowotnych, sieć, koszyk świadczeń zdrowotnych. Świadczenia ponadwymiarowe mogą i powinny być zaspokajane poprzez mechanizmy rynkowe.

Nasz system opieki zdrowotnej jest w podwójnie trudnej sytuacji. Nie jest w stanie zabezpieczyć potrzeb wynikających z codziennej działalności z powodu braku potencjału ludzkiego, niedoborów infrastrukturalnych, braku wystarczających środków finansowych na działalność, ale też braku organizacji systemu – chaotycznej sieci świadczeniodawców, niedostosowanego do możliwości finansowych koszyka świadczeń zdrowotnych i wielu innych.

Wniosek jest okrutny, ale prosty, choć prawdopodobnie politycznie nie do przeprowadzenia. Trzeba po pandemii powiedzieć społeczeństwu jasno i prosto: z pustego i Salomon nie naleje – istnieje potrzeba zwiększenia nakładów na zdrowie. Nakładów solidarnie obciążających całe społeczeństwo. Według starych bismarckowskich zasad – proporcjonalnie do przychodu. Bez świętych krów – czy to są rolnicy, czy przedsiębiorcy, czy księża.

Mało tego, z uwagi na brak potencjału w tej chwili nie jesteśmy w stanie zagwarantować takiej liczby świadczeń jak do tej pory. Proszę pamiętać, że w 2022 r. nakłady na system opieki zdrowotnej będą liczone od PKB z roku 2020, który dość boleśnie się skurczył. Efektem może być spadek nakładów na zdrowie ze składek zbieranych na dotychczasowych zasadach.

Bolesną pierwszą decyzją powinno być stworzenie nowej, mniejszej niż dotychczas sieci szpitali i przebudowa koszyka świadczeń zdrowotnych, także ze zmniejszeniem liczby świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Pewną inspiracją są paradoksalnie szpitale tymczasowe, zbudowane na potrzeby „trzeciej fali”, do której oby nie doszło. Może należałoby część dotychczasowych szpitali, którym brakuje środków na finansowanie działalności i ludzi do pracy, po prostu zamrozić. Wstrzymać ich funkcjonowanie, przeznaczając pie-

niądze na utrzymanie budynków i sprzętu w stanie technicznym umożliwiającym wznowienie działalności w sytuacji poprawy warunków – pojawienia się nowych wykształconych profesjonalistów medycznych i środków na finansowanie działalności. Czy wystarczy odwagi na takie decyzje?

### Odbudowa systemu jako warunek rozwoju sieci

Pierwszym uzgodnieniem społecznym po pandemii powinno być to, że nie będziemy się nawzajem oszukiwać. Trzeba powiedzieć jasno, że nie mamy tylu profesjonalistów medycznych, by utrzymać działalność wszystkich jednostek, że są oni w dużej części w wieku przedemerytalnym, więc zwiększenie ich liczby potrwa całe lata, że są oni niewłaściwie rozmieszczeni na niekorzyść mniejszych ośrodków. Trzeba powiedzieć, że wszyscy powinniśmy być sprawiedliwie opodatkowani na potrzeby działania opieki zdrowotnej, bez milionów pasażerów na gapę, w takiej wysokości, aby można było sfinansować właściwą opiekę zdrowotną. Wtedy koperty nie będą potrzebne i wtedy „kopertników” będzie się bezwarunkowo ścigać. Każdy rynek niedoboru jest zagrożony korupcją.

Wprowadzenie „opcji zerowej”, czyli dostosowanie sieci szpitali, koszyka świadczeń i taryf AOTMiT do wartości odpowiadających obecnemu potencjałowi, możliwościom finansowym i kosztom świadczeń opieki zdrowotnej jest warunkiem podstawowym, abyśmy mogli zacząć odbudowywać system. Wtedy każdy nowy lekarz i pielęgniarka, każde dodatkowe pieniądze na działalność i inwestycje będą zwiększać dostępność systemu dla ogółu społeczeństwa. Zgodnie ze stałą rozbudową sieci i koszyka świadczeń zdrowotnych na podstawie ciągle aktualizowanych map potrzeb zdrowotnych.

### Nowy pozytywizm czy znowu dojrzłość

Jakie to proste, można by powiedzieć. Oczywiście jest, że proste są najwyżej założenia. Zrealizowanie takiego projektu to po pierwsze kwestia odwagi politycznej po wszystkich stronach, gdyż musiałyby się pod nim podpisać wszystkie siły polityczne. Po drugie to kwestia polityki informacyjnej, gdyż na dodatkowe daniny musiałoby się zgodzić społeczeństwo. Po trzecie to kwestia liderów zmiany i dużej grupy pracowników, która musiałaby sporządzić i stale aktualizować koszyk świadczeń zdrowotnych, mapy potrzeb zdrowotnych i wynikające z nich sieci świadczeniodawców. Benedyktyńska praca, do której nie wydaje się przyzwyczajone dotychczasowe Ministerstwo Zdrowia i jego agendy.

Pozostaje pytanie, czy podejmiemy się trudnej, pozytywistycznej, ale rzetelnej pracy, czy będziemy znowu wykonywać ruchy pozorne, na zasadzie: już niedługo wybory – nie robimy nic, co zaszkodzi notowaniom.

Maciej Biardzki