

Nowa sieć czy nowa jakość?



Fot. istockphoto.com

Swój pomysł na kolejną reformę systemu – jeszcze jako prezes Narodowego Funduszu Zdrowia – przed epidemią wprowadził, wyrażał Adam Niedzielski. To głos w dyskusji, którego nie sposób pominąć, tym bardziej że jest powtarzany przez niego także obecnie, w roli ministra zdrowia i pandemicznej rzeczywistości – między innymi podczas konferencji *XIV Hospital & Healthcare Management*, która odbyła się w październiku 2020 r. Wtedy powiedział, że „w 2021 r. czeka nas redefinicja sieci szpitali – chcemy postawić na jakość, jakość nie tylko rozumianą w kategoriach klinicznych, ale także poprawy zarządzania i obsługi pacjentów–klientów, którzy powinni być odpowiednio zaopiekowani i leczeni”. Jaka powinna być to zmiana, i co powinno w sieci się poprawić? Mariusz Jędrzejczak, były dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Zgierzu, zwraca uwagę na następujące kwestie.

Trzy wnioski na początek

Na początek refleksja o charakterze ogólnym. Wydaje się, że idea powrotu do przedcovidowej sieci szpitali byłaby trudna do realizacji, jeśli w ogóle zasadna. W mojej ocenie jest ona „ofiara” pandemii i często nieodwracalnych zmian, jakich dokonała w strukturze, finansowaniu i zasadach działania większości placówek. Można odnieść wrażenie, że nie jest to pogląd odosobniony także w resorcie zdrowia. Sądzę, że można wymienić przynajmniej trzy podstawowe przyczyny takiego punktu widzenia.

Pierwsza sprawa to oczywiście zmiany strukturalne i organizacyjne, jakie dokonały się w placówkach leczniczych na skutek konieczności dostosowania się do wymogów wynikających z pandemii. Dziewiętnaście, a potem ponad dwadzieścia jednostek przekształconych w szpitala covidowe musiało całkowicie zmienić profil funkcjonowania, merytorycznie i organizacyjnie. Praktycznie przestały działać oddziały zabiegowe, rehabilitacyjne czy zachowawcze. Przyjmowano tylko pacjentów z koronawirusem. Zdecydowana większość

tych placówek po likwidacji ich szczególnego statusu i powrocie do poprzedniego stanu boryka się z poważnymi kłopotami. Głównie finansowymi i kadrowymi. Podobne problemy, być może w nieco mniejszej skali, mają szpitale, które na mocy decyzji administracyjnych wojewodów musiały wydzielić określoną liczbę łóżek covidowych. W praktyce zdeorganizowało to pracę większości oddziałów dotychczas przyjmujących niezakażonych pacjentów. Negatywne skutki tych działań w postaci ograniczonego dostępu do świadczeń pacjentów niezakażonych widoczne są dziś i będą odczuwane jeszcze długo.

Z placówek odeszło wielu lekarzy, głównie specjalności zabiegowych, którzy w okresie pandemii praktycznie nie mieli zajęć. Podobny proces dotknął kardiologów, ginekologów itd. Innymi słowy – wystąpiły problemy z udzielaniem „normalnych” świadczeń, tym bardziej że w obawie przed zakażeniem również wielu pacjentów zaczęło rezygnować z zaplanowanych hospitalizacji. W konsekwencji wykonanie ryczałtu za trzy minione kwartały 2020 r. wynosi w systemie ok. 64 proc.

W świadczeniach pozaryczalowych jest jeszcze gorzej. Wszystko to przekłada się wprost na finanse i kondycję szpitali, co widać choćby po rosnącej skali zobowiązań placówek systemu. Emigracja specjalistów z przekształcanych placówek to drugi czynnik sprawiający, że powrót do stanu wyjściowego może być trudny lub wręcz niemożliwy. Trudno bowiem liczyć na masowy powrót lekarzy do poprzednich miejsc pracy, skoro bez trudu znaleźli nowe.

Po trzecie wreszcie, pandemia odsłoniła wszystkie słabości naszego systemu ochrony zdrowia z jego permanentnym niedofinansowaniem, brakami kadrowymi, fatalną strukturą organizacyjną, rozproszonym zarządzaniem i w konsekwencji chaosem decyzyjnym. Niejasne, zmieniane w trakcie roku zasady finansowania szpitali, spóźnione i niezbyt umiejętne działania w celu włączenia prywatnych jednostek do walki z pandemią, nieustające przepychanki z lekarzami POZ co do ich roli w przeciwdziałaniu epidemii czy skuteczności udzielania teleporad – to tylko wybrane, najbardziej spektakularne przykłady potwierdzające to twierdzenie. Wszystkie te działania nieuchronnie prowadziły do skutecznej dekompozycji resztek jeszcze funkcjonującego systemu. W wymiarze praktycznym oznacza to również bardzo niepokojącą tendencję do wzrostu liczby zgonów. Według GUS w październiku 2020 r. było ich 45,4 tys., podczas gdy w październiku 2019 r. – 30,9 tys. To oznacza przyrost liczby zgonów o prawie 50 proc. Jeśli przyjąć, że tylko 12 proc. z nich jest następstwem COVID-19, to obraz jest bardzo mało optymistyczny, zwłaszcza że w listopadzie wspomniany przyrost wynosił 90 proc.

W konsekwencji „nowe” trzeba będzie budować na bardzo osłabionym pandemią fundamencie.

Nowa struktura systemu czy nowa sieć?

Nie ulega wątpliwości, że koronawirus praktycznie „unieważnił” skonstruowaną w 2017 r. sieć szpitali zarówno pod względem organizacyjnym, jak i finansowym. To bieżący kłopot, ale też być może perspektywiczna możliwość przebudowy systemu. Wydaje się, że zarządzający ochroną zdrowia są w podobnej sytuacji jak dwóch akwizytorów ze starej anegdoty, próbujących sprzedać buty chodzącym boso mieszkańcom pewnego afrykańskiego kraju. Jeden stwierdził, że sytuacja jest beznadziejna i nic się nie da zrobić, nikt nie potrzebuje butów, drugi przeciwnie – dostrzegł doskonałą szansę na dobry interes. Jak można przypuszczać, zamysłem ministerstwa jest stworzenie swego rodzaju nowej sieci, a w każdym razie nowej struktury zarządzania i organizacji placówek leczniczych. Do tej pory można się odnieść jedynie do dość ogólnych założeń projektowanych zmian. Wprawdzie, jak wiadomo, diabeł tkwi w szczegółach, ale wydaje się, że niektóre z nich idą w dobrym kierunku. W mojej ocenie dotyczy to głównie ograniczenia liczby organów

„Koronawirus praktycznie unieważnił skonstruowaną w 2017 r. sieć szpitali zarówno pod względem organizacyjnym, jak i finansowym”

założycielskich placówek medycznych. Podporządkowanie placówek działających w województwie – poza resortowymi i instytutami – jednemu gestorowi nie będzie jednak łatwe i szybkie. Może pojawić się opór ze strony marszałków województw, na których spadnie konieczność borykania się z jednostkami, najczęściej będącymi w kłopotach. Wiele szpitali funkcjonuje jako spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, ich fundusze często są ujemne i wymagają dokapitalizowania. Tych starostowie czy prezydenci miast pozbędą się prawdopodobnie dość chętnie. Z drugiej strony szpitale, nawet w kłopotach, to ciągle miejsca, gdzie wielu przegranych lokalnych polityków czekało do następnych wyborów. Oni będą zabiegać o ich utrzymanie. Mimo to takie rozwiązanie powinno przynieść przynajmniej dwie ważne korzyści.

Po pierwsze, ograniczenie kosztów, m.in. poprzez racjonalizowanie polityki inwestycyjnej zarówno w zakresie zakupów sprzętu, jak i infrastruktury. System IOWISZ nie poradził sobie z tym problemem. W mojej ocenie jest absurdem, a jest to przykład znany mi osobiście i bynajmniej nie wyjątkowy, aby w jednym kilkudziesięciotysięcznym mieście funkcjonowały dwa szpitale. Jeden wieloprofilowy z ponad 20 oddziałami i ponad 600 łózkami z pełnym wyposażeniem diagnostycznym (tomograf, rezonans itp.). I drugi jedno-profilowy z 30 łózkami internistycznymi, do którego inny właściciel – jednostka samorządowa, kupuje wielorzędowy tomograf. Kilkuletnie próby połączenia obu jednostek, podległych różnym podmiotom samorządowym, i zsynchronizowania ich działalności w celu ograniczenia zbędnych kosztów się nie powiodły.

Po wtóre, nie widzę żadnego racjonalnego uzasadnienia, aby w odległych od siebie o kilkanaście kilometrów miastach funkcjonowały np. dwa konkurujące z sobą oddziały położnicze. Oba z poważnymi problemami finansowymi z uwagi zarówno na braki kadrowe, jak i przede wszystkim spadającą liczbę porodów. Ponieważ mają one różne organy właścicielskie, próby rozwiązania tej kwestii w jakikolwiek racjonalny sposób nie przyniosły rezultatu.

Innymi słowy – zapowiadane zmiany powinny pozwolić przynajmniej na tak podstawowe działania racjonalizujące, jak w przytoczonych przypadkach. Zarządzający lecznicami i ich organy założycielskie muszą



Fot.: iStockphoto.com

„Idea powrotu do przedcovidowej sieci szpitali byłaby trudna do realizacji, jeśli w ogóle zasadna”

mieć zdecydowanie większą możliwość profilowania struktury placówek, ich potencjału itp. Parametry te muszą być adekwatne do potrzeb, głównie społeczności lokalnych, a także – co jest bardzo istotne – możliwości sprostania wymogom płatnika, przede wszystkim kadrowym. Można przyjąć, że przygotowane zmiany, jeśli się powiodą, będą stanowić asumpt do usprawnienia funkcjonowania placówek systemu, a zatem podniesienia oczekiwanej jakości ich działania na rzecz pacjentów.

Planom resortu dotyczącym podnoszenia jakości managementu w systemie ochrony zdrowia należy oczywiście życzyć powodzenia, pamiętając jednocześnie, że nikt nie ma takich zasług w jego psuciu, jak politycy wszelkich opcji. Pewien sceptycyzm zatem może być w tym przypadku uzasadniony, tym bardziej że remedium na ten stan rzeczy ma być bliżej nieokreślony proces certyfikacji nowych menedżerów, o którym nic nie wiadomo.

Na projektowane zmiany systemowe warto być może spojrzeć także z nieco szerszej perspektywy. Wydaje się, że mogłyby one stanowić impuls do próby formułowania podwalin „nowej sieci” placówek ochrony zdrowia – struktury szpitali opartej przede wszystkim na ich sprecyzowanym profilu, potencjale medycznym i określonym populacyjnie lub terytorialnie zakresie działania. W ogólnym zarysie taki właśnie pomysł na sieć miał jej pierwszy pomysłodawca prof. Zbigniew Religa.

Fundament powinny stanowić szpitale zapewniające podstawowy, określony przez ustawodawcę panel usług

medycznych (strukturę oddziałów i poradni), z liczbą łóżek i sprzętu adekwatną do przypisanej jednostce populacji. Kolejny szczebel to wielospecjalistyczne lecznice zapewniające szeroki zakres świadczeń, dziś są to najczęściej szpitale wojewódzkie. I w końcu wysoko-specjalistyczne szpitale kliniczne i instytuty o ogólnokrajowym zasięgu.

Planowana reforma, przynajmniej w znanych założeniach, zmierza do dość radykalnego przeobrażenia dotychczasowej struktury organizacyjnej systemu opieki zdrowotnej. Z tego powodu musi wywoływać ambiwalentne reakcje, chociaż nie ulega wątpliwości, że system wymaga zmian. Można sądzić, że po nieudanym eksperymencie „sieciovym” z 2017 r. ustawodawca zamierza ponownie przemodelować cały system. Od 1999 r. byłaby to kolejna bardzo istotna ingerencja w zasady jego funkcjonowania. Niestety bez gwarancji sukcesu, zwłaszcza że budżet na 2021 r. nie przewiduje wzrostu nakładów na ochronę zdrowia.

Obserwując to, co się dzieje w ochronie zdrowia od wielu lat, bez ryzyka dużego błędu można powiedzieć, że uprawiana jest swoista polityka „zamiast”. Zamiast zadbać o niezbędny poziom finansowania systemu, możliwości kształcenia odpowiedniej liczby kadr medycznych, zapewnienie im godnych wynagrodzeń i warunków pracy, czyli sprawy fundamentalne dla sprawności i jakości funkcjonowania placówek i udzielanych świadczeń, zarządzający wprowadzają kolejne reformy organizacyjne. Niektóre potrzebne, inne wręcz przeciwnie. To się prawdopodobnie nie zmieni tak długo, jak długo opieka zdrowotna, a tym samym dbanie o kondycję obywateli, traktowane będzie jako uciążliwy koszt, a nie przyszłościowa inwestycja w rozwój, stan gospodarki i dobrobyt społeczny. Jakość usług medycznych ma w tym kontekście priorytetowe znaczenie. Wiele dojrzałych społeczeństw już dawno to zrozumiało. My ciągle dorastamy.

dr Mariusz Jędrzejczak