



Fot. iStockphoto.com

Zaczyna się najtrudniejszy moment pandemii. Skala zagrożenia znana jest jednak tylko ekspertom, medykom zmagającym się z napływem chorych, dyrektorom szpitali i politykom. Ci pierwsi robią swoje od pierwszego dnia. I pewnie dalej będą robić, dopóki im sił wystarczy. A ich zaczyna już brakować. Ci ostatni zawiedli. Nie przygotowali społeczeństwa, nie zabezpieczyli systemu opieki zdrowotnej.

Mam wrażenie, że ostatnie paniczne ruchy mają dać usprawiedliwienie, iluzję sprawnego aparatu państwa. Piszę to z goryczą, bez satysfakcji. Nie jesteśmy przygotowani na najgorsze. Ba, nawet nie jesteśmy sobie w stanie wyobrazić, jak może wyglądać to najgorsze. A powinniśmy. Powinniśmy mieć plany, strategie uwzględniające różny przebieg wydarzeń. W zaciszu ministerialnych gabinetów powinny być rozegrane różne scenariusze „gier wojennych”, od najbardziej korzystnych po katastrofalne. Na podstawie takich teoretycznych rozważań należało oszacować zasoby pozostające w dyspozycji oraz braki. A zostaliśmy

z sześcioma stronami strategii pisanej rozstrzelonym drukiem, z których dwie to tytuł, wstęp i agenda. I... z systemem ochrony zdrowia, który przypomina plastikowe żołnierzyki, a nie nowoczesną armię. Nie mamy nic. Żadnych planów, pełna prowizorka i działanie na ostatnią chwilę.

Przeanalizujemy sytuację według mojej ulubionej listy: kadry, infrastruktura, finanse.

Kadry

Brakuje nam lekarzy, pielęgniarek, ratowników i personelu pomocniczego. Nikt nie zaplanował, ile

POLITYCY NIE PRZYGOTOWALI**SPOŁECZEŃSTWA, NIE ZABEZPIECZYLI****SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ**

będziemy potrzebowali anestezjologów, pielęgniarek anestezjologicznych i w ogóle wszystkich medyków w miarę rozwoju pandemii. Decydentów sytuacja zaskoczyła. Gdyby ktoś wypowiedział nam wojnę, to nasi przywódcy ocknęliby się w momencie kapitulacji. Tak mniej więcej wygląda sytuacja. Od kwietnia pisałem i mówiłem, że należy zredefiniować system na czas pandemii, wprowadzić alternatywne modele zarządzania szpitalami, odejść od sztywnych reguł narzuconych rozporządzeniami Ministerstwa Zdrowia. Nie ma złudzeń, mój głos jest mało istotny. Ale jeżeli ja, mając do dyspozycji komputer i internet, mogłem o tym pomyśleć, to dlaczego nikt nie pomyślał o tym w strategicznych miejscach w państwie. Czym zajmowało się BBN? Ciekaw jestem, jakie zagrożenia dla państwa badało. Nie stworzymy dodatkowych lekarzy i pielęgniarek, ale mogliśmy zacząć szkolić i przygotowywać tych, którzy na co dzień nie leczą chorób zakaźnych ani chorób układu oddechowego. Zmarnowano co najmniej pół roku. Teraz zaczyna się paniczne szukanie medyków. Jakichkolwiek. Zapisy nowej ustawy mówią, że nawet dentystę można „zmobilizować”. Z całym szacunkiem dla moich bliskich i znajomych stomatologów – ilu z nich jest w stanie wysłuchać nieprawidłowe szmery nad płucami? Ja nie potrafię zrobić protezy. W ten sposób nie pomagamy systemowi, a możemy zrobić krzywdę ludziom. I pacjentom, i medykom kierowanym do pracy niezgodnie z kompetencjami.

Co zrobić? Odciążyć personel od nadmiaru pracy administracyjnej. Należy maksymalnie uprościć sprawozdawczość. Od braku danych statystycznych nikt dziś nie umrze. Od niedopilnowania z powodu przeciążenia pracą – tak. Brakuje standardów postępowania, jasnych instrukcji. Wszystko przerzucone jest na barki i odpowiedzialność lekarza. Pewnie, że w normalnej sytuacji to nic nadzwyczajnego, ale teraz to tylko wzmacnia chaos. Zbliżamy się do momentu, w którym brak miejsc spowoduje konieczność dokonywania wyboru, kogo leczyć, a kogo nie. A może już ten punkt osiągnęliśmy?

Domagam się standardów. Nie można zrzucić decyzji na barki medyków.

Infrastruktura

Rozpoczęliśmy pandemię z infrastrukturą w dużej mierze niespełniającą wymogów sanitarnych. Ktoś powie, że to niemożliwe. Otóż nie tylko możliwe, ale i udokumentowane w postaci decyzji pozwalających na funkcjonowanie pomimo niespełniania przepisów

rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia. To prawda, że jest to wieloletnia zaszłość, obraz stanu naszego niedofinansowanego systemu opieki zdrowotnej. Ale w czasie pandemii należało to uwzględnić. Można było zrobić odpowiednie plany, zacząć kilka miesięcy temu modernizację strategicznych szpitali, dostosowując je jak najlepiej do zwiększonej liczby chorych. Co więcej, przemyślane działania i inwestycje służyłyby nie na chwilę, ale na dłuższy czas. Można było zwiększyć potencjał istniejących szpitali. Można było przygotować modułową zabudowę. Łatwiej byłoby kompletować personel do nowego oddziału przy istniejącej placówce niż zespół w zupełnie nowym miejscu. Tu dochodzimy do kwestii budowania „szpitali” w miejscach do tego nieprzystosowanych, takich jak stadion czy hala wystawiennicza. Rozumiem potrzebę stworzenia nowych miejsc dla chorych, ale nie rozumiem tego licytowania się liczbą łóżek szpitalnych czy respiratorów. Z punktu widzenia medycznego, specyfiki choroby, liczba łóżek czy respiratorów nie ma znaczenia. Pacjenta z zajęтым układem oddechowym, hipoksemią nie wyleczymy leżakowaniem. Taki chory wymaga intensywnej uwagi i opieki w warunkach zakaźnych. Nie rozumiem, dlaczego podjęto decyzję o budowie szpitali na stadionach, mając do dyspozycji niewykorzystane szpitale. A jeszcze nie tak dawno słyszałem o ich nadmiarze. Dlaczego z uporem forsuje się pomysły tworzenia szpitali w centrach wystawienniczych zamiast organizować szpital covidowy w istniejących pustych placówkach – tak jak w Katowicach. Być może nie życzy sobie tego jego prywatny właściciel. Ale chciałbym usłyszeć jasną deklarację obu stron. Rządowej, że zapytała, i prywatnej, że odpowiedziała. Dla podatników lepszym rozwiązaniem jest zainwestowanie w infrastrukturę medyczną, która będzie miała szansę służyć pacjentom dłużej niż w czasie pandemii. Tym bardziej że mamy sporo innych obiektów, jak się wydaje bardziej przydatnych do takiego wykorzystania. W samej Warszawie jest świeżo zbudowany i pusty Szpital Południowy. Może warto było porozmawiać z władzami stolicy? Podobnie zapewne jest w innych miastach. W Katowicach stoi pusty szpital, w Sosnowcu – puste budynki po zlikwidowanym Instytucie Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego. Mam nadzieję, że nikt nie wpadnie na pomysł przerabiania na szpital pomieszczeń Stadionu Śląskiego.

Finanse

Ostatnie dane dotyczące zadłużenia szpitali mówią o 14,3 mld zł. Wydawało mi się, że rządzący po pierwszych doświadczeniach pandemii zrozumieli, że sprawny i wydolny system opieki zdrowotnej jest istotnym elementem bezpieczeństwa państwa. Wydawało mi się, że wprowadzenie radykalnego *lockdownu* uzmysłowi rządzącym, że od wydolności systemu opieki zdrowotnej zależy stan gospodarki. Głębokość i czas



**JESTEM PEWIEN,
ŻE NIE URATUJEMY WSZYSTKICH CHORYCH,
ALE TRZEBA STWORZYĆ WARUNKI,
BY SZANSE NA PRZEŻYCIE MIAŁO
JAK NAJWIĘCEJ Z NICH**

Fot. istockphoto.com

zamrożenia życia społeczno-gospodarczego zależy jednak od tego, jak sprawnie system opieki zdrowotnej będzie w stanie reagować na wzrastającą liczbę chorych. Na mój prosty rozum doktora należało zawiesić inne wydatki państwa, które nie są niezbędne, zmodyfikować budżet i maksymalnie zabezpieczyć finanse na walkę z pandemią. Na wynagrodzenia dla personelu, na modernizację infrastruktury, na zakup odpowiedniej liczby leków, wyrobów medycznych, na sfinansowanie gwałtownie rosnących kosztów funkcjonowania podmiotów medycznych. Nie słyszałem, by państwo zrezygnowało z części wydatków. Czy naprawdę akurat teraz potrzebny jest nam hub lotniczy albo nowe samoloty wojskowe? Nie jestem przeciwko tym inwestycjom, tylko uważam, że w pewnych sytuacjach należy dokonywać odpowiednich wyborów. Może się okazać, że nie zatrzymując pandemii, i tak nie będziemy mogli ich kontynuować, bo gospodarka runie.

W tym wszystkim, w tym wzmożeniu covidowym mam wrażenie, że zapomina się o potrzebach innych chorych. I mam obawy, a w zasadzie jestem pewien, że to będzie największy koszt tej pandemii. *Collateral damage* – ofiary poboczne, ich w codziennych statystykach nie widać. Ale cierpienie ludzi ma taką samą wagę niezależnie od rodzaju choroby. Śmierć z powodu nowotworu, zawału, udaru, niedrożności jelit, POChP, wstrząsu jest taką samą tragedią jak śmierć w przebiegu COVID-19. System opieki zdrowotnej nie może przestawić się tylko na leczenie zakażonych koronawirusem. Należy za wszelką cenę utrzymać dostęp do świadczeń dla innych chorych. Dlatego jeszcze raz domagam się standardów i procedur. I jeszcze jeden

wniosek: system opieki zdrowotnej musi posiadać rezerwę pojemności, zabezpieczenie przed przeciążeniem, swoistą redundancję. Nie można zakładać, że będzie działał jak *perpetuum mobile*, że w razie potrzeby wyciążniemy z niego więcej, niż do niego włożyliśmy. To myślenie naiwne, beztroskie i jak widać – śmiertelnie niebezpieczne. Medycy, specjaliści zdrowia publicznego mówili to od lat. A teraz praktyczny dowód dostępny jest dla wszystkich.

Co nas czeka?

Czeka nas długotrwałe zmaganie się z pandemią. Należy przygotować do tego społeczeństwo. To nie jest kwestia chwilowej rezygnacji z dotychczasowego stylu życia. To jest kwestia trwałej zmiany. Trudno będzie nam się z tym uporać. Koniec ze zwodzeniem ludzi, że to tylko na chwilę albo że kolejne decyzje rządzący będą nam komunikować co tydzień. Po to właśnie potrzebne są plany strategiczne. Co dalej? Jak długo? Jakie koszty i konsekwencje? Wedle różnych scenariuszy. Jestem pewien, że nie uratujemy wszystkich chorych, ale trzeba stworzyć warunki, by szanse na przeżycie miało ich jak najwięcej. Nie uratujemy całej gospodarki, ale trzeba dokonać wyboru, kogo ratujemy. Które obszary życia społeczno-gospodarczego muszą przetrwać, które są najbardziej istotne dla nas, obywateli, dla bezpieczeństwa państwa. Uczciwie zakomunikować to tym, którym nie będziemy w stanie pomóc. Teraz najbardziej potrzebujemy poczucia, że rządzący wiedzą, co robią. Na koniec: „Nie pytaj, co kraj może zrobić dla ciebie, tylko co ty możesz zrobić dla kraju”. Ja już zdecydowałem.

Marcin Pakulski