

# O przyszłości sieci szpitali



PAP/Jakub Kaczmarczyk

## Rozmowa z Piotrem Gryzą, byłym wiceministrem zdrowia.

Minister zdrowia Adam Niedzielski zapowiedział, że w 2021 r. czeka nas redefinicja sieci szpitali. Przyznał też: *Chcemy postawić na jakość rozumianą nie tylko w kategoriach klinicznych, ale także poprawy zarządzania i obsługi pacjentów, którzy powinni być odpowiednio leczeni.* Jak komentuje to były wiceminister zdrowia Piotr Gryza, który tworzył to rozwiązanie?

Ja tej wypowiedzi nie słyszałem, nie znam jej kontekstu. Znam ją bezpośrednio od pana i odnoszę się tylko do tego, co od pana usłyszałem.

Trzeba powiedzieć, że podobne deklaracje składał poprzedni minister zdrowia, który od momentu wejścia do gmachu ministerstwa zapowiadał natychmiastowe zmiany w tzw. sieci szpitali. To właśnie była taka wypowiedź medialna z zakresu PR. W rzeczywistości żadnych zmian nie dokonał – owszem, wprowadzono kilka drobnych modyfikacji w rozporządzeniach wykonawczych, ale *de facto* były one tylko pewnym uszczegółowieniem rozwiązań, które zostały zdefiniowane, gdy sieć wchodziła w życie. Dotyczyły pogłębienia wyceny związanej z większą liczbą świadczeń ambulatoryjnych, ich dostępnością i kolejkami, były też drobne korekty w systemie rozliczania, niezmienną w ogóle zasad, tylko dostosowując go w pewnym zakresie do sytuacji, która powstała,

np. wydłużanie okresu rozliczeniowego ponad rok. Były tylko deklaracje, jakby ktoś chciał koniecznie pokazać, że będzie absolutnie zmieniał wprowadzone kilka miesięcy wcześniej rozwiązania, a w rzeczywistości tego nie robił. Zmiany oczywiście były, dużo rzeczy zostało zrobionych, ale nie w tym zakresie. Co więcej, obserwacja prowadzi do konkluzji, że narzędzie, jakim jest tzw. sieć szpitali, w znacznej mierze nie było wykorzystywane – stosowano inne rozwiązania. Zostały też zrobione dobre rzeczy, że przywołam Narodową Strategię Onkologiczną wraz z pilotażem Krajowej Sieci Onkologicznej, który zatacza coraz szersze kręgi, np. dołączył do niego ośrodek gdański, czy – co też jest istotne – utworzenie Agencji Badań Medycznych. Są to na pewno rozwiązania potrzebne, ale sieć szpitali nie była wykorzystywana, zamiast tego wprowadzono inne rozwiązania dotyczące tego samego obszaru. To pierwsza uwaga: co innego zapowiedzi, a co innego ich praktyczna realizacja.

Trzeba też pamiętać, że rok 2021 jest szczególny, ponieważ musi nastąpić nowa kwalifikacja do sieci, więc na jakieś rozwiązania trzeba się zdecydować – na najprostsze albo na bardziej złożone. Decyzja musi zapaść szybko, bo kwalifikacja do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej powinna się odbyć do 27 marca 2021 r.

## Minister zdrowia podkreśla w zapowiedziach wagę jakości...

To słuszną kontynuacją. Można powiedzieć, że sieć szpitali położyła duży nacisk na jakość. W praktyce zwiększyło się finansowanie tych podmiotów, które spełniały kryteria jakościowe związane z akredytacją ministra zdrowia. Pojawiły się też certyfikaty związane z jakością badań diagnostyki laboratoryjnej i diagnostyki mikrobiologicznej. Wcześniej prowadzono badania porównawcze laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych, ale nie one były oceniane. Żeby stworzyć certyfikat jakości związany z laboratoriami diagnostyki laboratoryjnej i mikrobiologicznej, trzeba było zdefiniować kryteria oceny. I to jest właśnie bardzo istotna sprawa – jasne zdefiniowanie kryterium oceny.

Zasadne jest wprowadzanie do sposobu finansowania świadczeń zdrowotnych elementów jakościowych, tylko że powinny być one określone i wartościowane w sposób obiektywny, który zostanie zaakceptowany właściwie przez wszystkich. Kiedy definiowaliśmy sieć szpitali, problemem było właśnie takie systemowe zobiektywizowanie kryteriów jakościowych. Jakość odbieramy w różny sposób, dostrzegamy różne oblicza tego samego podmiotu leczniczego czy nawet tego samego lekarza. Czasami jesteśmy dobrzy, a czasami jesteśmy gorsi – chodzi o obiektywizację wskaźników jakościowych. A to w moim przekonaniu jest trudne i stąd wynikał problem z opracowaniem wskaźników jakościowych, które pozwoliłyby na finansowanie świadczeń w sposób obiektywny i które uznawałoby wszyscy uczestnicy tego procesu. Dlatego w samym systemie sieci szpitali i finansowania świadczeń znalazło się tylko kilka wskaźników jakościowych – te, które były możliwe do obiektywnego uchwycenia.

Na temat jakości istnieje cała doktryna, są centra certyfikujące i akredytujące procesy jakości. Ja proces realizacji jakości definiuję w taki sposób: jakość budowana jest poprzez dostosowanie do norm akredytacyjnych i potwierdzanie przez właściwe instytucje certyfikujące, a także przez tworzenie procesów, które pacjenci i personel medyczny odbierają jako oznaki jakości. Po pierwsze, akredytacja pozwala na określenie, czy coś spełnia kryteria jakości czy też nie. Metoda ta jest stosowana powszechnie. Po drugie, poprzez budowę procesów świadczenia usług medycznych powodujących, że ich odbiorcy – pacjenci, ale również cały personel medyczny (lekarze, pielęgniarki, diagności, technicy) – mają przekonanie, że otrzymują świadczenia lub udzielają świadczeń odpowiedniej jakości, czyli tworzą jakość i pracują w jakości. Jest to bardzo istotne, ponieważ nie ma możliwości, by pacjent postrzegał otrzymaną usługę medyczną jako działanie o wysokiej jakości, jeżeli osoba, która ją świadczy, nie jest świadoma, że wykonuje usługę odpowiedniej jakości.

„Zasadne jest wprowadzanie do finansowania świadczeń zdrowotnych elementów jakościowych, ale muszą być one określone i wartościowane w sposób obiektywny, który zostanie zaakceptowany przez wszystkich”

Może się wydawać, że są to rozważania teoretyczne, ale w koncepcji tzw. sieci szpitali, którą tworzyłem, został określony aspekt jakości, którą można było jasno zobiektywizować i skwantyfikować. Jesteśmy teraz o cztery lata starsi i bogatsi o doświadczenia. Jeśli system pozwala na to, żeby zbudować kolejne kryteria jakościowe, które byłyby zobiektywizowane przez jasną i klarowną kwantyfikację, to bez wątpienia należy to zrobić. Byłoby znakomicie, gdyby istotnym wskaźnikiem jakościowym stało się zagadnienie zakażeń szpitalnych, jednak jest to trudne, ponieważ mamy do czynienia z odwrotnym kierunkiem ewidencyjnym. Im więcej przypadków (to jest taka publicystyczna teza) rejestruje dany podmiot, tym jakość może być większa, ponieważ podmiot leczniczy obserwuje proces powstawania zakażeń i odpowiada na nie.

**Czy gdyby pan jeszcze raz tworzył sieć szpitali i wiedział, co się wydarzy, zmieniłby pan w niej coś?**

To nie jest realne, tworzymy rozwiązania w określonej sytuacji i w określonych okolicznościach. Zasada jest taka, że tworzenie systemowego rozwiązania to pewien proces. Przywołam tutaj słowa amerykańskiego statystyka i twórcy nowoczesnej szkoły zarządzania jakością Williama Edwardsa Deminga, że budowanie jakości jest procesem polegającym na tym, że system reaguje na zastosowany mechanizm i na podstawie tej reakcji dokonuje się korekt. My się oburzamy, że ciągle są jakieś zmiany, może rzeczywiście jest ich trochę za dużo, ale w zastosowanym rozwiązaniu pod wpływem reakcji systemu dokonuje się korekt. Powinny one zostać wprowadzone przede wszystkim w obszarze finansowania ryczałtowego, które – przypomnę – jest tylko jednym z elementów finansowania w sieci szpitali. Algorytm wyliczenia ryczałtu był prosty, a jednak został odebrany, przynajmniej przez niektórych, jako skomplikowany. Z tego powodu nie mógł uwzględnić wielu elementów, które braliśmy pod uwagę na początku. Jeszcze większe skomplikowanie go na starcie byłoby jednak bardzo złym rozwiązaniem. Uwzględnianie

„W sytuacji epidemii sam dostęp pacjenta do świadczeń staje się oznaką jakości. Zagwarantowanie środków ochrony i poczucia bezpieczeństwa personelowi medycznemu również jest jakością”

różnic pomiędzy szpitalami należącymi do systemu powinno być kontynuowane i wprowadzane. To jest konserwacja systemu, która polega na tym, że widzimy, jaka jest reakcja, i staramy się określone rzeczy stymulować. Algorytm powinien zatem być korygowany już w ostatnich kilku latach, a tego nie robiono.

Poza tym jeszcze przed epidemią mieliśmy bardzo wysoki wzrost kosztów wynagrodzeń. Oczywiście były odrębne strumienie finansowane przez Ministerstwo Zdrowia, bo takie było oczekiwanie środowiska, ale nie pokrywały wzrostu kosztów. Nie rekompensował go również system finansowania świadczeń. Ponadto pojawiło się mnóstwo dodatkowych regulacji w tym zakresie i trudno było się w tym wszystkim zorientować. W związku z epidemią wprowadzono regulacje nadzwyczajne, które jeszcze bardziej to skomplikowały, ale były konieczne w takiej albo innej formie, aby przygotować system na zapotrzebowanie na świadczenia specjalistyczne związane z SARS-CoV-2.

W sprawie szczegółów zmiany algorytmu określającego wysokość części ryczałtowej nie jestem w stanie udzielić precyzyjnej odpowiedzi, ponieważ nie dysponuję danymi z baz informacyjnych, do których dostęp mają minister zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia i grupy świadczeniodawców. Powinna ona zmierzać w stronę pewnego niuansowania warunków zwiększenia liczby świadczeń ze względu na profile i stopnie oraz w relacji ze świadczeniami podlegającymi odrębnemu finansowaniu. Trzeba to zrobić na podstawie analiz danych systemowych NFZ i nie tylko, a jednocześnie pamiętać, że oczekiwania i opinie szpitali są w tym zakresie tylko jednym z kilku źródeł, które trzeba wziąć pod uwagę w analizie, przygotowując zmiany. W tej chwili żyjemy w sytuacji szczególnej, która zdarza się raz na kilkadziesiąt lat. Epidemia dotyka wszystkich, przez co rozważania o wskaźnikach jakościowych ustępują miejsca problemom funkcjonowania systemu oraz dostępu do świadczeń. W podstawowym wymiarze dotykamy kwestii jakości poprzez dostępność – podstawową dostępność. I nie chodzi o wskaźniki jakości, tylko o to, czy system ma odpowiednią sprawność, czy jest odpowiednio konstruowany i czy

w podstawowym wymiarze zapewnia zarówno dostęp do świadczeń, jak i poczucie bezpieczeństwa pacjentom. W tej kwestii należy się odwołać do początku koncepcji tzw. sieci szpitali – chodziło przede wszystkim o to, by państwo zarysowało obszar swojej szczególnej regulacji w zakresie leczenia szpitalnego, który wpływa na bezpieczeństwo państwa, bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów i funkcjonowanie państwa w relacji z samorządami terytorialnymi. Być może niektórym oponentom sieci szpitali wydawało się to niecelowe, ale rzeczywistość epidemii COVID-19 potwierdziła realną potrzebę takiej szczególnej regulacji państwa dotyczącej leczenia szpitalnego. Przypominam sobie wypowiedź znanego polityka zajmującego się zdrowiem, również obecnie działającego, który oceniając na wstępie sieć szpitali, stawiał zarzut, że zajmujemy się szpitalami, podczas gdy jeszcze do 2015 r. rosła liczba łóżek. Takie oceny wydają się teraz zupełnie nieadekwatne. Jak pokazuje rzeczywistość, rozwiązanie systemowe budujące organizację szpitali, dzielące odpowiedzialność pomiędzy poszczególnymi stopniami i kategoriami placówek, wyznaczające kierunki systemowego rozwoju dla poszczególnych stopni i kategorii szpitali, jest w pełni zasadne i potrzebne. Szpital nie podlega tylko regulacji rynkowej, taka sytuacja istniała w sensie idei do czasu wprowadzenia sieci szpitali. Owszem, są obszary i zakresy, które powinny podlegać prawom rynku, po to jest konkurs ofert – teoretycznie, ponieważ w praktyce w lecznictwie szpitalnym konkursów ofert w znacznej mierze nie stosowano i od wielu lat przedłużano ustawowo zawarte wcześniej umowy. W podstawowym wymiarze państwo powinno jednak poprzez odpowiednie ustalanie odpowiedzialności określić te obszary i zakresy świadczeń, które muszą podlegać szczególnej regulacji ze względu na swoje kluczowe znaczenie – i to w rozwiązaniu tzw. sieci szpitali zostało zrobione.

Przypomnę jako ciekawostkę, bo w tej chwili stoimy przed bardzo poważnym wyzwaniem związanym z epidemią COVID-19, że szpitale zakaźne ze swojej istoty weszły do sieci szpitali. Szpitale zakaźne to jest trzeci stopień w sieci, oprócz tego włączono do niej wszystkie oddziały zakaźne, ponieważ oczywiste było, że system powinien być otwarty i przygotowany na pojawienie się zdarzeń nadzwyczajnych. Mimo że obecna sytuacja przekroczyła wyobrażenia, właśnie takie rozwiązanie budowało szczególne miejsce leczenia szpitalnego. Rzeczywistość, w której się znajdujemy, potwierdza tę tezę. Lecznictwo szpitalne to obszar odpowiadający za bezpieczeństwo państwa i bezpieczeństwo zdrowotne obywateli, więc nie może podlegać tylko regulacji rynkowej. Szpitale są też istotne dla funkcjonowania samorządu terytorialnego, który (obok innych podmiotów) odpowiada za znaczną część potencjału lecznictwa szpitalnego. Z tej perspektywy sieć szpitali w takim albo nieco innym ujęciu jest absolutnie niezbędna.

### Czy sieć szpitali poradziła sobie w czasie epidemii?

Podkreślę, że nie była tworzona z myślą o epidemii na taką skalę. Miała wprowadzić pewien porządek organizacyjny, nałożyć siatkę zakresów odpowiedzialności i możliwych kierunków rozwoju szpitali poprzez określenie zakresów świadczeń, profili, możliwych świadczeń dodatkowych dla określonych grup placówek. Epidemia COVID-19 sprawiła, że musieliśmy zmierzyć się z zupełnie nowymi wymaganiami i oczekiwaniami. Żaden system nie byłby gotowy odpowiedzieć na tak dynamiczny rozwój epidemii, szczególnie w ciągu ostatnich 3 miesięcy. Pojawia się kwestia rozwinięcia potencjału, którym dysponujemy w kraju, czyli wykorzystania go w inny sposób niż zazwyczaj, lub zbudowania nowego. Rozwiązanie, które zaproponowano w marcu i kwietniu, dotyczące utworzenia jednoimiennych szpitali zakaźnych na potrzeby epidemii COVID-19, było słuszne. Polska miała potencjał szpitalny, dzięki czemu można było pozwolić sobie na to, by przeznaczyć kilka – kilkanaście podmiotów wyłącznie do obsługi pacjentów z wirusem SARS-CoV-2. Gwałtowny rozwój epidemii spowodował, że okazało się to niewystarczające i trzeba było podjąć nowe działania. Podkreślę, że skala epidemii przerosła wyobrażenia. To są zdarzenia nadzwyczajne i w takiej sytuacji należy podejmować nadzwyczajne działania. Nie sposób odpowiedzieć na tę sytuację rozwiązaniami stworzonymi dla systemu funkcjonującego w normalnych warunkach.

### Co pan doradziłby ministrowi Niedzielskiemu – pytam o zapowiedzi zmian.

W 2021 r. odbędzie się nowa kwalifikacja do sieci. W budowie nowych regulacji trzeba uwzględnić rzeczywistość epidemii COVID-19. Przynajmniej częściowo włączyłbym rozwiązania covidowskie do sieci szpitali.

Widzę również potrzebę zmiany na poziomie ustawy o działalności leczniczej. Mechanizmy łączenia podmiotów powinny być inaczej zdefiniowane, obecnie są one trudne i *de facto* nieprzeprowadzane. Chodzi o połączenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. W mechanizmie wprowadzenia sieci szpitali była zachęta do takich ruchów, ale samo rozwiązanie techniczne w ustawie o działalności leczniczej nie odpowiada zapotrzebowaniu, nie stanowi zachęty do łączenia podmiotów. W tej chwili nie ma problemów komunikacyjnych, przemieszczenie się w niewielkiej odległości nie stanowi żadnego problemu, więc można by łączyć kilka szpitali, dzięki czemu nastąpiłaby wymiana potencjałów. Tymczasem rozwiązanie zawarte w ustawie powoduje, że organy tworzące nie biorą tej możliwości pod uwagę, ponieważ nie istnieje regulacja ułatwiająca to działanie. Łączenia powodują także, że samorządy nie identyfikują się z nowo powstałym podmiotem, gdyż nie określono, w jaki sposób miały

„Rok 2021 jest szczególny, ponieważ musi nastąpić nowa kwalifikacja do sieci, więc na jakieś rozwiązania trzeba się zdecydować – na najprostsze albo na bardziej złożone. I to szybko”

by to robić. Rozwiązania muszą być oparte na analizie danych. Dane wynikowe, które są dostępne i mają charakter ogólny, np. dane GUS-owskie, w moim przekonaniu nie upoważniają jeszcze do istotnych korekt i zmian. Ja mówię o spojrzeniu makro, o tym, co powinno być uwzględnione i skorygowane, natomiast do wszystkiego trzeba jeszcze poddać analizie.

Wracając do kwestii jakości, system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej („sieć szpitali”) został tak skonstruowany, żeby świadczenia specjalistyczne przenosić do placówek specjalistycznych. Na tym właśnie polega siatka odpowiedzialności i kompetencji poszczególnych poziomów szpitali, przy czym należy uwzględnić sytuację, w której w danej chwili się znajdujemy. Określenie kierunków odpowiedzialności poszczególnych poziomów szpitali musiało się wiązać z wprowadzaniem stosunkowo niewielkich zmian, by mogły one zostać przyjęte. Proces wdrożenia sieci szpitali, który prowadziłem, był bardzo trudny.

Poszczególne regulacje prawne wymagały wielu rozmów, wzajemnego przekonywania i słuchania tych, którzy znajdowali się po drugiej stronie, tj. samorządu i szpitali. W efekcie komisja rządu i samorządu akceptowała te rozwiązania. Budowanie jakości miało się też wiązać z przenoszeniem pewnej części świadczeń specjalistycznych do szpitali specjalistycznych. Ważne było to, aby każdy zajął się tym, co robi najlepiej. Warto zwrócić uwagę, że cały czas mamy do czynienia z poważnym problemem braków kadry medycznej oraz że szpitale były i są dla siebie konkurencją. Nie chodzi o to, by w ramach tej konkurencji wyniszczały się wzajemnie, lecz by nawiązały współpracę, dzięki której potencjał mógłby być wymieniany pomiędzy poszczególnymi jednostkami. Chodzi przede wszystkim o współpracę szpitali, przez co buduje się jakość w dostępie do świadczeń. Nie tylko przez wskaźniki czy certyfikaty, ale również przez odpowiednią konstrukcję systemu, który wykorzystuje potencjał w najlepszy możliwy sposób.

W sytuacji epidemii, która stawia nam poważne wymagania, sam dostęp pacjenta do świadczeń staje się oznaką jakości. Zagwarantowanie środków ochrony i poczucia bezpieczeństwa personelowi medycznemu również jest jakością.

Rozmawiał Krystian Lurka