



Fot. Lukasz Góral, „Crisis Wielkopolski”

# Trzeba się zastanowić, **które oddziały** są potrzebne mieszkańcom

Rozmowa z Agnieszką Pachciarz, dyrektorką wielkopolskiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia

### Jak poradzili sobie – i radzą – dyrektorzy szpitali w czasie pandemii COVID-19?

Pandemia jest testem dla wszystkich, także dla zarządzających szpitalami. To sprawdzian, który większość wielkopolskich menedżerów zdała na piątkę z plusem. Wielkopolska nie potrzebowała wsparcia innych województw – poradziliśmy sobie. Zorganizowaliśmy odpowiednią liczbę łóżek covidowych, która zapewniła bezpieczeństwo mieszkańcom. W szczycie pandemii, w kwietniu 2021 r., nasze szpitale dysponowały ponad 3700 łózkami dla pacjentów z COVID-19 i z podejrzeniem zakażenia koronawirusem. W tym czasie zajętych było niewiele ponad 3000 z tych łóżek. Był też gorszy moment chwilę wcześniej, kiedy łóżek było o 500 mniej, a pacjentów potrzebujących opieki także mieliśmy ponad 3000, jednak w każdej chwili wielkopolskie szpitale posiadały bezpieczną liczbę wolnych miejsc tzw. covidowych.

### Podczas pandemii w Wielkopolsce nie doszło do tak dramatycznych sytuacji w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia jak w niektórych innych województwach. Czyja to zasługa?

O zapewnieniu bezpieczeństwa mieszkańcom i tym, że w Wielkopolsce karetki nie jeździły z zakażonymi pacjentami od szpitala do szpitala, szukając miejsca, zdecydowało kilka czynników. Jednym z nich jest partnerska współpraca, jaką nawiązaliśmy z zarządzającymi szpitalami, konsultantami wojewódzkimi oraz urzędem wojewódzkim. Druga rzecz to skrupulatne monitorowanie sytuacji. Nasi pracownicy dokładnie przyglądali się raportom ze szpitali, analizowali dane i w pewnym momencie zauważyliśmy, że niektóre placówki wykazują o wiele dłuższe czasy pobytu pacjentów leczonych z powodu COVID-19. Wytyczne naszych konsultantów były takie, żeby pacjenci, którzy nie wymagają już specjalistycznego leczenia szpitalnego, a ciągle mają dodatni wynik testu, trafiali do izolacji domowej lub izolatorium. Pacjenci z ujemnym wynikiem, ale wymagający jeszcze hospitalizacji powinni natomiast być kierowani na oddziały niecovidowe. Skrócenie czasów pobytu na oddziałach covidowych pomogło uwolnić łóżka dla kolejnych pacjentów.

Stworzyliśmy w Wielkopolsce sprawny system komunikacji. Dobre porozumiewanie się, szybkie przekazywanie informacji oraz niezwłoczne rozwiązywanie problemów – to sprawiło, że osoby odpowiedzialne za podejmowanie decyzji dotyczących pacjentów z COVID-19 dysponowały w każdym momencie odpowiednią wiedzą na temat dostępnych miejsc w szpitalach, możliwości transportu czy posiadanego sprzętu w poszczególnych placówkach. Było to możliwe również dzięki temu, że wraz z urzędem wojewódzkim oraz szpitalem koordynującym wprowadziliśmy rozwiązanie

„Przyszłością jest profilowanie i konsolidacja kompetencji. Szpitale z dużymi niewykonaniami powinny przeanalizować swoją działalność medyczną i rozważyć przeprofilowanie się i dostosowanie liczby łóżek oraz profilu działalności do rzeczywistych potrzeb”

w postaci call center, które zajmowało się wyłącznie pacjentami z COVID-19.

Kolejna sprawa to umiejętność szybkiego i sprawnego działania. Reagowaliśmy na potrzeby natychmiast. To był prawdziwy wyścig z czasem. Podmioty, z którymi współpracowaliśmy w początkowym okresie pandemii, doceniały to, że mogą na nas liczyć, że wprowadzane przez nas rozwiązania były racjonalne i okazywały się skuteczne. Wśród tych podmiotów były szpitale, ale też realizatorzy transportu medycznego, punkty pobrania wymazów, a z czasem punkty szczepień.

Odbywały się również szkolenia dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, aby dbali o swoich pacjentów w czasie izolacji i kwarantanny. Działań i rozwiązań było wiele. Sądzę, że wiedza i zdobyte doświadczenie są unikatowe, choć nie zabiegaliśmy o nie i wolelibyśmy nie być tym wyzwaniem obarczeni.

### Czy pacjenci potrzebujący opieki medycznej z innych powodów niż COVID-19 mogli liczyć na dostęp do leczenia?

Patrząc na realizację umów, widzimy, że w naszym regionie szpitale pracowały dość sprawnie. Wykonanie umów szpitali „sieciovych” po lipcu to średnio 97 proc. Zamykając 2020 r., stwierdziliśmy, że sytuacja nie wyglądała tak źle, jak można by się spodziewać. Na przykład realizacja ryczałtów w umowach sieciowych po 12 miesiącach w Polsce wynosiła średnio 83 proc., a dla Wielkopolski – prawie 86 proc., nawet przy wysokim poziomie zachorowań na COVID-19, który mieliśmy w naszym regionie. Takie wykonanie ryczałtu oznacza, że szpitale potrafiły się odnaleźć nie tylko w sytuacjach nagłych, niezwiązanych z COVID-19, lecz także w realizacji planowych świadczeń. Choć podkreślę, że najniższy poziom wykonania umów jest w szpitalach powiatowych – po lipcu 2021 r. to 86 proc. Są wśród nich placówki mające po 5 mln zł niewykonanych – mó-

„Zamykając 2020 r., stwierdziliśmy, że sytuacja nie wyglądała tak źle, jak można by się spodziewać. Na przykład realizacja ryczałtów w umowach sieciowych po 12 miesiącach w Polsce wynosiła średnio 83 proc., a dla Wielkopolski – prawie 86 proc.„

wimy tu o świadczeniach poza ryczałtem, a rekordzista nie otrzyma 7 mln zł, bo nie udzielił odpowiedniej liczby świadczeń.

#### Które dziedziny najmocniej odczuły skutki pandemii?

Największe niewykonania umów na skutek pandemii dotyczyły świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, dużo było ich również w psychiatrii oraz stomatologii. Wielkopolskie szpitale od dłuższego czasu przyjmują pacjentów, którzy czekali na leczenie. Nadrabiamy, choć są dziedziny, z których nie jesteśmy zadowoleni. Martwi nas na przykład onkologia, gdzie w pierwszym kwartale tego roku wykonano mniej zabiegów niż w czwartym kwartale ubiegłego.

Inny przykład to pediatria. Pandemia pokazała nam, co tak naprawdę podmioty oferują pacjentom – widzimy to w sprawozdawczości. W Wielkopolsce wyłączyliśmy kilka oddziałów pediatrycznych, które mamy niemal co 20 km. Nie odbiło się to w negatywny sposób na bezpieczeństwie małych pacjentów, bo wcześniej oddziały te skupiały się głównie na diagnostyce, która mogła być prowadzona ambulatoryjnie, a sąsiednie oddziały przyjęły dzieci wymagające hospitalizacji. Przyczyną mniejszej liczby hospitalizacji pediatrycznych był także fakt, że w czasie pandemii dzieci nie chorowały tak często.

COVID-19 stał się okazją do przeglądu rzeczywistych możliwości oddziałów szpitalnych, weryfikacji, sprawdzenia ich istotności w systemie. Dotyczy to także podmiotów innych niż szpitalne.

Ostatnio zawieszają się oddziały, bo szpitale mają kłopoty z brakiem personelu. Czy powrócą one do swojej działalności sprzed pandemii?

Od czerwca w różnych regionach Polski zamknięto lub zawieszono funkcjonowanie oddziałów pediatrycznych, ginekologiczno-położniczych, otolaryngologicznych, chirurgicznych i innych. Przyczyny są różne, tylko w niektórych wypadkach problemem jest brak personelu medycznego. Często oddziały te nie przyjmowały odpowiedniej liczby chorych, a zakres udzielanych świadczeń był ubogi. Przy niewielkiej ich liczbie pacjenci mogą przestać czuć się bezpiecznie. Personel bez odpowiedniego doświadczenia nie zagwarantuje leczenia na oczekiwanym, nawet średnim, poziomie.

Często słyszy się stwierdzenie, wyrażane bez potwierdzonej wiedzy, że lepiej mieć szpital bliżej domu. Trzeba się jednak zastanowić, co jest ważniejsze: położenie czy jakość i bezpieczeństwo. Przy dzisiejszej łatwości przemieszczania się odległość jest słabym argumentem. Jeśli ktoś uruchamia na siłę ginekologię i położnictwo, a liczba porodów na jego oddziale nie przekracza 400, jest to nieodpowiedzialne. W tej chwili mamy w Wielkopolsce trzy szpitale, w których liczba porodów od kilku lat jest na tak niskim poziomie.

Przyszłością jest profilowanie i konsolidacja kompetencji. Szpitale z dużymi niewykonaniami powinny przeanalizować swoją działalność medyczną i rozważyć przeprofilowanie się oraz dostosowanie liczby łóżek i profilu działalności do rzeczywistych potrzeb.

À propos – były dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy i właściciel firmy doradczej Jarosław Kozera w „Menedżerze Zdrowia” pisze: „Archaiczna struktura udzielania świadczeń w szpitalach zwiększa koszty i zmniejsza dostępność leczenia, a zasoby tych podmiotów są nieadekwatne do rozwiązywanych problemów zdrowotnych”. Czy rzeczywiście hospitalizacji jest za dużo?

Zgadzam się, że struktura łóżek i oddziałów szpitalnych wymagają zmian. Niektóre oddziały po prostu przestały być potrzebne, ale funkcjonują ze względu na przesłanki historyczne, inne przydałoby się w niektórych szpitalach uruchomić. Jak do tego doszło? W skrócie – przez wiele lat panowało w Polsce przeświadczenie o wyższości leczenia szpitalnego nad opieką ambulatoryjną. W konsekwencji powstawały oddziały, których liczba, wielkość i lokalizacja nie zawsze odpowiadają obecnym potrzebom. Wielu świadczeń można by z powodzeniem udzielać w trybie jednodniowym lub ambulatoryjnym.

#### Czy to oznacza, że szpitali jest za dużo?

Szpitali nie, ale oddziałów w niektórych zakresach świadczeń i łóżek już tak. Zarządzający podmiotem leczniczym powinien się zastanowić, które oddziały



prowadzić, które są jego mocną stroną i co najważniejsze – są potrzebne ludziom w danym regionie.

Działania związane z racjonalizacją dotyczą zarówno poszczególnych oddziałów oraz szpitali, jak i spojrzenia bardziej ogólnego, gdy liczbę łóżek rozpatrujemy, biorąc pod uwagę określony obszar: subregion czy województwo. Chodzi po prostu o racjonalne rozłożenie posiadanych zasobów.

Obecnie w każdym województwie, również w Wielkopolsce, została powołana Rada do spraw Potrzeb Zdrowotnych. Na podstawie najnowszych map potrzeb zdrowotnych i rekomendacji z nich wynikających tworzymy plan transformacji, który w pierwszej kolejności wskaże istotne obszary do zmian w systemie ochrony zdrowia dla województwa wielkopolskiego.

### Jakie zatem mogą być rozwiązania?

Wspomniane profilowanie szpitali i konsolidacja oparta na kompetencjach. To właściwy kierunek także wobec wyzwań ekonomicznych i problemów kadrowych.

### Jak w praktyce wygląda wprowadzanie w życie takich rozwiązań?

W Wielkopolsce proces ten rozpoczął się w 2017 r. – wtedy z prowadzenia oddziału neurologicznego, przy którym nie było oddziału leczenia udarów, a hospitalizacje miały charakter geriatryczny, zrezygnował Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny w Kościanie. Jednocześnie we współpracy z kolejnymi szpitalami powstały pododdziały udarowe w Szpitalu w Puszczykowie oraz w Szpitalu Klinicznym im. H. Święcickiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Obecnie wszystkie oddziały neurologiczne w Wielkopolsce mają pododdziały udarowe, co poprawiło jakość leczenia pacjentów z udarami, którzy coraz rzadziej trafiają na oddziały internistyczne. Dodatkowo udało się wesprzeć zakres świadczeń, które były mocną stroną szpitala w Kościanie – pieniądze zostały tam przeznaczone na leczenie uzależnień. Kolejne kilka oddziałów działających w trybie pełnej hospitalizacji w konkursach przeprowadzonych w latach 2017 i 2018 miało szansę uzyskać umowę na świadczenia udzielane w trybie planowym, zwłaszcza jednodniowym. Dotyczy to tych oddziałów albo podmiotów, które nie zakwalifikowały się do sieci, i było możliwe w przypadku np. chirurgii, urologii i ginekologii. Kolejny przykład profilowania to wygaszenie w jednym ze szpitali powiatowych położnictwa i neonatologii oraz rozszerzenie oddziału chirurgii o ginekologię, przez co powstał oddział o charakterze zabiego-

wym. Takie działania zostały podjęte w jednym ze szpitali w powiecie czarnkowsko-trzcianeckim i liczę, że dyrekcja tej placówki na tym nie poprzestanie.

### Czy likwidacja oddziału może oznaczać korzyść dla pacjenta?

Oprócz przykładów podanych wcześniej mogę powiedzieć o przypadku w powiecie pilskim, gdzie w 2019 r. zostało przeprowadzone przekształcenie polegające na racjonalizacji działalności dwóch szpitali: w Wyrzysku i Pile. Proces zmian rozpoczął się kilka lat wcześniej. W 2015 r. zapadła decyzja o likwidacji w Wyrzysku oddziału ginekologiczno-położniczego, a co za tym idzie – także neonatologicznego. Za to w 2017 r. został tam utworzony oddział rehabilitacji neurologicznej. Szpital postawił wyraźnie na świadczenia, w ramach których pacjent może kontynuować leczenie po pobycie w innych placówkach. Konsekwencją tego podejścia było otwarcie w październiku 2019 r. Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego

w Wyrzysku, gdzie trafiają m.in. pacjenci wymagający opieki po hospitalizacji na innych oddziałach, na przykład internistycznym. Aby rozwijać działalność związaną z rehabilitacją neurologiczną oraz świadczeniami pielęgnacyjno-opiekuńczymi, dyrekcja szpitala w Wyrzysku wraz z organem prowadzącym podjęła decyzję najpierw o ograniczeniu działalności oddziału chirurgicznego – z 38 do 18 łóżek, a w końcu o jego likwidacji. Został on zamknięty 31 grudnia 2019 r. Całodobowe świadczenia chirurgiczne zapewnia

znajdujący się w odległości 35 km od Wyrzyska Szpital Specjalistyczny im. Stanisława Staszica w Pile. Jest on wyspecjalizowaną jednostką realizującą świadczenia chirurgii ogólnej i naczyniowej, chirurgii klatki piersiowej oraz onkologicznej. Pacjenci otrzymują kompleksową opiekę i mają zagwarantowaną właściwą jakość świadczeń dzięki doświadczonemu personelowi i odpowiedniemu sprzętowi. Szpital w Pile zapewnia także dostęp do szybkiej diagnostyki specjalistycznej, gdyż dysponuje pracownią rezonansu magnetycznego oraz tomografią komputerowej. Wcześniej pacjenci leczeni na oddziale chirurgicznym w Wyrzysku w przypadku konieczności wykonania tego typu badań byli transportowani właśnie do Pily.

### Takie przekształcenie to także zmiany finansowania. Czy dla małego szpitala powiatowego nie jest to zbyt duża strata?

W wyniku zmiany ryczałt szpitala w Wyrzysku został zmniejszony, ale jego koszty też znacznie spadły.

„Niektórzy menedżerowie powoli przekonują siebie i swoje otoczenie, że funkcjonowanie pediatrii dla trzech pacjentów dziennie nie jest czymś normalnym”

Część z tych pieniędzy przeznaczono na zwiększenie liczby łóżek w tamtejszym zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Dodatkowe pieniądze trafiły również do Szpitala Specjalistycznego w Pile, który przejął część pacjentów wymagających hospitalizacji na oddziale chirurgicznym w Wyrzysku. Należy też pamiętać, że utrzymanie bloku operacyjnego tylko dla jednego oddziału chirurgicznego to dla szpitala ogromne obciążenie finansowe.

Przed przeprowadzeniem zmian szpital w Wyrzysku wykazywał co roku stratę finansową, w 2019 r. było to prawie pół miliona złotych. W kolejnym roku, po przekształceniu, osiągnął zysk w wysokości prawie 100 tys. zł.

### Jak dyrektorzy oceniają procesy przekształcania szpitali – czy próbują za wszelką cenę utrzymywać oddziały, na których nie ma komu pomagać?

Niektórzy menedżerowie powoli przekonują siebie i swoje otoczenie, że funkcjonowanie pediatrii dla trzech pacjentów dziennie nie jest czymś normalnym. Niektórym jednak ciągle się wydaje, że 400 porodów rocznie można uznać za pretekst do tego, aby oddział istniał. Taka liczba porodów rocznie to średnio niewiele więcej niż jeden na dobę. W takim przypadku potencjał kadrowy, sprzętowy i lokalowy jest marnotrawiony. Podkreślę – marnuje się przede wszystkim potencjał ludzki, czyli położnych i lekarzy na dyżurze, podczas którego niewiele się dzieje.

Zaakceptowanie zmiany może być trudne dla części personelu, szczególnie dla lekarzy, którzy pracują wiele lat w szpitalu i są bardzo przywiązani do status quo. Ale pamiętajmy, że zarówno dla dyrektorów szpitali, jak i organów prowadzących nadrzędnym celem powinno być zawsze dobro pacjenta. Poza tym, niektóre oddziały utrzymuje się, bo część kadry zorganizowała w nich swoje „państwka” i absolutnie nie zamierza myśleć o połączeniu się z innym oddziałem, szczególnie z sąsiedniego powiatu.

Samorzady, jako organy prowadzące szpitale, powinny włączać się w procesy przekształcania. Istotna jest odpowiednia komunikacja. Warto szczerze poinformować mieszkańców o sytuacji, pokazać, jakie korzyści dla nich i ich rodzin przyniesie planowana zmiana. Faktem jest, że samorzady bardzo często podnoszą,



że łatwiej byłoby im przeprowadzić te zmiany, gdyby były one narzucone z góry.

Jarosław Kozera twierdzi też, że „70 proc. usług można by realizować gdzie indziej, ale nie dzieje się tak dlatego, że – między innymi – część łóżek szpitalnych to zaplecze prywatnych gabinetów lekarskich”. To miała pani na myśli, mówiąc o „państwowych”?

Co do prowokacyjnego stwierdzenia dotyczącego łóżek szpitalnych jako zaplecza dla gabinetów prywatnych – rzeczywiście są takie miejsca i takie sytuacje. Wydawało mi się, że to zjawisko już nie istnieje, ale kilka lat temu z zaskoczeniem odkryłam, że ten proceder nadal jest dość powszechny. Dotyczy to zarówno szpitali powiatowych, jak i specjalistycznych. Z drugiej strony zupełnie dopuszczalne jest kierowanie pacjenta na oddział przez lekarza prowadzącego prywatną praktykę. Chodzi jednak o zachowanie pewnych zasad. Problemem jest sytuacja, gdy lekarz jednocześnie leczy pacjenta prywatnie, korzystając z zaplecza sprzętowego, osobowego i laboratoryjnego w publicznej placówce. Niedopuszczalne jest również uzależnienie podjęcia leczenia na oddziale od wizyty w prywatnym gabinecie.

**Czy takie działanie jest sprawiedliwe – przecież pacjenci podczas prywatnych wizyt u lekarzy są kierowani do placówki publicznej, wyprzedzają przy tym część chorych w kolejce?**

Każdego pacjenta kierowanego do szpitala, czy to z publicznej poradni, czy z gabinetu prywatnego, obowiązuje ta sama kolejka.

**Wracając do oddziałów – które w Wielkopolsce zamknięto, zawieszono lub wstrzymano ich działalność?**

W wielkopolskich szpitalach zawieszono działalność dwóch oddziałów pediatrycznych – w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie i w Szpitalu Powiatowym w Wyrzysku. W obu wypadkach brakuje kadry lekarskiej, ale także od lat zmniejszała się liczba leczonych dzieci. Praca na oddziałach chirurgicznych w Grodzisku Wielkopolskim i Ostrzeszowie została wznowiona po zawieszeniu tam działalności. Będziemy się przyglądać, jak sobie radzą te dwie chirurgie, ile wykonują zabiegów i jaka jest struktura świadczeń.

W przypadku chirurgii zabiegowość jest istotna. Jako granicę charakteru zabiegowego oddziału przyjmuje się często 60 proc. Druga ważna rzecz to katalog świadczeń, tzn. jakiego rodzaju leczenie jest najczęściej podejmowane na danym oddziale, na co pacjent może liczyć. Mamy w Wielkopolsce oddziały chirurgiczne, na których lekarze podejmują się skomplikowanych zabiegów, rozwijają swoją ofertę, gdzie pacjent może liczyć na profesjonalną opiekę na wysokim poziomie.

**„Z uwagi na zmiany demograficzne oraz sytuację epidemiologiczną wysokospecjalistyczne oddziały w szpitalach powiatowych, poza nielicznymi wyjątkami, nie spełniają swojej funkcji”**

**Spytam inaczej. Jakie oddziały powinny funkcjonować w niewielkim szpitalu, na przykład w Obornikach, mieście powiatowym w województwie wielkopolskim?**

Nie możemy odgórnie jednoznacznie stwierdzić, że każdy podmiot musi mieć te same oddziały. Założenie, że szpital powiatowy ma mieć cztery oddziały, zazwyczaj internę, chirurgię, położnictwo i pediatrię, jest zdecydowanie błędne. Przypomnę, że przepis, z którego wynikał obowiązek posiadania czterech oddziałów, od dawna jest nieaktualny.

Z uwagi na zmiany demograficzne oraz sytuację epidemiologiczną wysokospecjalistyczne oddziały w szpitalach powiatowych, poza nielicznymi wyjątkami, nie spełniają swojej funkcji. Z jednej strony są niewspółmiernie drogie w utrzymaniu, z drugiej – pacjenci częściej wybierają wysokospecjalistyczne leczenie w dużych ośrodkach, gdzie czują się bezpieczniej. Poza tym starzejące się społeczeństwo potrzebuje konkretnej oferty medycznej blisko miejsca zamieszkania. W związku z tymi oczekiwaniami profilowanie szpitali powiatowych oznacza w pierwszej kolejności wybranie dziedzin, w których powinny być zaspokojone potrzeby mieszkańców, następnie – w których potencjał kadrowy, sprzętowy i lokalowy daje gwarancję sprawnie działającego oddziału, a w końcu – zapewnienie, że szpital będzie stanowił spójną całość, zwłaszcza jeśli chodzi o funkcjonowanie bloku operacyjnego, szpitalnego oddziału ratunkowego czy zaplecza diagnostycznego. Jednym z kierunków jest tworzenie oddziałów opieki długoterminowej, rehabilitacji oraz oddziałów zachowawczych z najważniejszą rolą interny, a także zastępowanie pełnej hospitalizacji świadczeniami w trybie jednodniowym lub planowym, szczególnie w takich zakresach, jak okulistyka czy ginekologia.

Co do szpitala w Obornikach – dobrze funkcjonują tam oddziały chirurgii i ortopedii, pacjenci mają zapewnioną odpowiednią jakość leczenia. Ale już dobre działanie oddziału pediatrycznego w mieście oddalonym o 25 km od Poznania, gdzie są dwa specjalistyczne szpitale dziecięce, jest bardzo dużym wyzwaniem.

*Rozmawiał Krystian Lurka*