
ALERT ZDROWOTNY

1

gap.



open
eyes
economy
summit

dr hab. Szczepan Cofta
dr Alicja Domagała
dr Katarzyna Dubas-Jakóbczyk
dr Piotr Gerber
prof. dr hab. Stanisława Golinowska
Marek Haber
Roman Kolek
Andrzej Sokołowski
prof. UJ dr hab. Christoph Sowada
prof. SGH dr hab. Barbara Więckowska

Szpitalne w czasie pandemii i po jej zakończeniu

Definicja problemu

Pandemia SARS-COV-2 zintensyfikowała i obnażyła skalę problemów z jakimi od wielu lat zmagają się polskie szpitale. Są to przede wszystkim: chaos organizacyjny, braki kadrowe oraz ogólnie trudna sytuacja finansowa.

1. **Chaos organizacyjny.** W pierwszych tygodniach pandemii, brak właściwych procedur postępowania wywołał znaczący chaos organizacyjny i kompetenncyjny. Współpraca międzyinstytucjonalna na szczeblu ogólnokrajowym tylko w niewielkim stopniu przekładała się na współdziałanie na poziomie lokalnym. Ścieżki kliniczne (dotyczące postępowania terapeutycznego) dla pacjenta ze stwierdzeniem lub podejrzeniem zakażenia podlegały ciągłym zmianom, co prowadziło do licznych nieporozumień. Pandemia obnażyła słabość systemu rejestracji i monitorowania zakażeń oraz brak adekwatnych zasobów (zarówno podstawowych środków zabezpieczających, jak i sprzętu bardziej specjalistycznego) na potrzeby zabezpieczenia przeciwepidemicznego.

W odniesieniu do sektora szpitalnictwa, chaos organizacyjny związany jest z brakiem koordynacji. Struktura szpitali w Polsce jest złożona, tak pod względem profilu usług i realizowanych funkcji, jak i kwestii własności oraz realnej odpowiedzialności organów tworzących. Mamy do czynienia ze zjawiskiem rozmytej odpowiedzialności za zarządzanie sektorem szpitalnictwa na poziomie systemu. Brakuje ciała/instytucji na poziomie centralnym i/lub regionalnym, z rzeczywistymi możliwościami sterowania sektorem szpitalnictwa i koordynowania działalności jego podmiotów. W okresie pandemii, zwiększyły się zarówno napięcia dotyczące odpowiedzialności struktur rządowych, samorządowych i płatnika, jak i napięcia pomiędzy poszczególnymi podmiotami działającymi na danym terenie.

Z perspektywy pacjentów ogromnym problemem jest paraliż działalności szpitali (także tych niededykowanych wyłącznie do walki z pandemią). Szpitale wstrzymały lub znacznie ograniczyły bieżącą działalność, co stanowi poważne zagrożenie dla pacjentów ze schorzeniami innymi niż zakażenie SARS-COV-2.

2. **Braki kadrowe.** Szpitale od wielu lat zmagają się z brakami kadrowymi i nadmiernym obciążeniem pracującego personelu medycznego. Polska charakteryzuje się najniższym wśród krajów UE wskaźnikiem liczby lekarzy w przeliczeniu na 1000 mieszkańców oraz jednym z najniższych wskaźników liczby pielęgniarek. Problem dodatkowo potęguje proces starzenia się aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej (w obydwu przypadkach średnia wieku przekracza 50 lat) oraz zjawisko emigracji, głównie młodych pracowników. Z powodu braków kadrowych szpitale niejednokrotnie zmuszone były do przekładania zabiegów planowych i/lub zawieszania działalności. Mimo to, w ujęciu systemowym, mamy często do czynienia z nierównomiernym i nieracjonalnym rozmieszczeniem kadry lekarskiej. Konkurencja w zatrudnieniu lekarzy specjalistów jest bardzo wysoka, a ci z kolei często zatrudnieni są u kilku świadczeniodawców jednocześnie. W okresie pandemii zjawisko braków kadrowych uległo drastycznemu nasileniu przez personel przebywający na kwarantannie, czy korzystający z zasiłku opiekuńczego. Obowiązujące normy zatrudnienia uniemożliwiają elastyczne dostosowanie pracy szpitala do specjalnych warunków w trakcie pandemii.
3. **Trudna sytuacja finansowa.** Generowanie zobowiązań wymagalnych (przeterminowanych) przez szpitale publiczne stanowi nieodłączną cechę polskiego systemu ochrony zdrowia począwszy od lat 90. ubiegłego wieku. Według danych Ministerstwa Zdrowia, na koniec 2019 r. wartość zobowiązań samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ) ogółem wynosiła ponad 14.3 mld zł, w tym prawie 2 mld zobowiązań wymagalnych. Dostępne dane szczegółowe wskazują, iż w 2018 r.: większość szpitali publicznych w Polsce (52%) wygenerowała stratę finansową, zaś ponad

40%, wykazało zobowiązania wymagalne. W strukturze zobowiązań wymagalnych dominują zobowiązania wobec dostawców (70%). Przyczyny generowania zobowiązań wymagalnych są złożone, niemniej jednak na znaczne pogorszenie sytuacji finansowej szpitali w ostatnich latach (2017-2019) nałożyło się z jednej strony ograniczenie przychodów na skutek wprowadzenia sieci szpitali (ograniczone finansowanie w ramach ryczału, „niewypracowywanie” otrzymanego budżetu), a z drugiej równoczesne zwiększenie kosztów wynikające z narzuconej odgórnie fali podwyżek wynagrodzeń personelu medycznego oraz podniesienia płacy minimalnej w gospodarce (nie skalkulowane w ramach bieżącej wyceny świadczeń medycznych). W sytuacji pandemii, trudna sytuacja finansowa szpitali zintensyfikowała problemy z zabezpieczeniem dostaw materiałów.

Działania rekomendowane

W okresie pandemii bieżące wsparcie dla szpitali polegać powinno głównie na zagwarantowaniu ich bezpiecznego (dla pracowników i pacjentów) i nieprzerwanego funkcjonowania. Niezależnie od czasu trwania pandemii, bardzo ważne jest również równoległe opracowanie i wdrożenie kluczowych rozwiązań mających na celu usprawnienie funkcjonowania systemu szpitalnictwa w Polsce. Wymienione rekomendacje nie mają charakteru wyczerpującej, zamkniętej listy, raczej służą wskazaniu najistotniejszych kierunków zmian, a poszczególne działania są często współzależne.

Działania rekomendowane związane bezpośrednio z pandemią

- 1. Bezpieczeństwo na linii frontu.** W okresie pandemii kluczowe jest zagwarantowanie bezpieczeństwa personelu medycznego. Według danych GIS, prawie 1/3 przypadków stanowią zachorowania poprzez kontakt w szpitalu lub przychodni. Niezbędne jest wdrożenie właściwych procedur (gwarantujących potencjał szybkiego reagowania), w tym zagwarantowanie wystarczającej ilości środków ochrony osobistej i bezpiecznych warunków pracy. Bieżące wsparcie personelu medycznego zaangażowanego w walkę z pandemią powinno obejmować także różnego rodzaju ułatwienia w codziennej pracy (np. transport do miejsca pracy, dodatkowe mieszkanie na okres pandemii), wsparcie psychologiczne oraz dodatkowe wynagrodzenia za pracę w warunkach podwyższonego ryzyka.
- 2. Gwarancje finansowe w okresie pandemii.** Szpitale nie mogą ponosić strat finansowych w związku z nietypowym trybem działania w okresie pandemii. Chodzi tu zarówno o wydatki poniesione na odpowiednie zabezpieczenia, modyfikacje infrastrukturalne, zakup sprzętu do walki z pandemią czy dodatkowe wynagrodzenia dla pracowników, lecz także o potencjalne straty związane z niewykonaniem umowy z płatnikiem (odwołane/przełożone zabiegi, niewykonanie ryczałtu). Należy zaznaczyć, iż Narodowy Fundusz Zdrowia zaproponował już odpowiednie regulacje – pozostaje kwestia ich wdrożenia.
- 3. Wsparcie kontynuowania bieżącej działalności szpitali.** Niezbędne są działania umożliwiające szpitalom powrót do, w miarę możliwości, standardowej działalności leczniczej, pomimo ich znaczącego paraliżu w okresie pandemii. Chodzi tu m.in. o wsparcie w opracowaniu adaptacji przestrzennej szpitali umożliwiającej rozdzielenie strumieni pacjentów zakażonych SARS-COV-2 i pozostałych. Obowiązkiem szpitali jest zapewnienie kontynuacji bieżącej działalności w taki sposób, aby ograniczyć ryzyko zdrowotne dla pacjentów innych niż zarażeni wirusem SARS-COV-2.

Działania rekomendowane równoległe – mające na celu usprawnienie funkcjonowania sektora szpitalnictwa

1. **Powołanie sztabu ds. reorganizacji sektora szpitalnictwa i weryfikacji sieci szpitali.** Reorganizacja sektora szpitalnictwa powinna nastąpić w sposób uporządkowany, wykorzystujący doświadczenie i wiedzę ekspercką. Sztab powinien być zespołem pod przewodnictwem niezależnego lidera, uwzględniającym wszystkie reprezentacje struktury właścicielskiej i kompetencyjnej szpitali oraz stacjonarnych ośrodków opieki długoterminowej w Polsce. Zdefiniowanie roli poszczególnych rodzajów szpitali jest niezbędnym pierwszym krokiem w nakreśleniu kierunku działań porządkowania systemu. W działaniach rekomendowanych powinno uwzględnić się wprowadzenie rzeczywistych poziomów referencyjnych szpitali. Pomimo, że wprowadzona w 2017 r. reforma sieci szpitali formalnie podzieliła szpitale na kilka poziomów – szpitale te nie zmieniły w sposób znaczący struktury udzielanych świadczeń. Formalnie, nowe kryteria włączenia do sieci powinny być wdrożone w roku 2021 (aktualny okres obowiązywania to 4 lata). Mamy więc dobry moment na zaplanowanie sieci od nowa:

- Struktura sieci szpitali powinna **odpowiadać potrzebom zdrowotnym**. Należy kontynuować mapowanie potrzeb zdrowotnych, w szczególności część prognostyczną. Mając wiedzę na temat szacowanej liczby i rodzaju potrzebnych świadczeń można dopracować strukturę świadczeniodawców. Proponowanym działaniem rekomendowanym może być włączenie do sieci konsorcjów szpitali (w tym obejmujących jednostki publiczne i prywatne) odpowiedzialnych za dostarczenie określonego zestawu świadczeń.
- Niezbędne jest **przeprofilowanie niektórych jednostek** – np. w niektórych szpitalach powiatowych, działaniem rekomendowanym jest przeprofilowanie części łóżek ostrych na łóżka opieki długoterminowej. W porównaniu do innych krajów europejskich, Polska

charakteryzuje się nadwyżką łóżek ostrych z jednoczesnymi ogromnymi deficytami w obszarze opieki długoterminowej.

- W kontekście braków kadrowych oraz potrzeby rozwiązań promujących jakość opieki – niezbędna jest **konsolidacja świadczeń specjalistycznych**. Szpitale powinny współpracować ze sobą (przynajmniej na poziomie regionu) celem przekazywania bardziej skomplikowanych przypadków do wyższych poziomów referencyjnych. Wsparcie należy koncentrować na działalności całodobowych oddziałów zabiegowych wraz z ustaleniem nowej, racjonalnej sieci szpitali na poziomie regionu.
- **Należy zmodyfikować zasady rozliczania świadczeń w ramach ryczałtu**. Obowiązujący algorytm jest bardzo skomplikowany, a kwestie zapłaty za świadczenia wykonane ponad wartość ryczałtu, pozostają niejasne.

2. **Wytyczne dotyczące architektury szpitali.** Działaniem rekomendowanym jest opracowanie wytycznych dotyczących budowy i modernizacji szpitali promujących projektowanie tzw. „elastycznej” infrastruktury – umożliwiającej szybkie zmiany pozwalające na dostosowywanie szpitali do nadchodzących wyzwań (np. projektowanie przestrzeni pobytu pacjenta, łatwych do przekształcenia w pomieszczenia o innym profilu; podzielenie na strefy przestrzeni organizacyjnej szpitali).
3. **Uporządkowanie polityki płacowej kadr medycznych.** Działaniem rekomendowanym jest powołanie zespołu ds. kompleksowego uporządkowania polityki zatrudnienia i płac kadr medycznych i okołomedycznych. Pomimo wprowadzenia w 2017 r. ustawy o minimalnym wynagrodzeniu pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, nadal obowiązują różnego rodzaju porozumienia płacowe pomiędzy ministerstwem, a wybranymi grupami zawodowymi. Każdorazowe decyzje na poziomie centralnym podwyższające

wynagrodzenie jednej grupie pracowników medycznych, rodzi roszczenia pozostałych i stawia zarządzających podmiotami leczniczymi w trudnej sytuacji. Wzrost wynagrodzeń pracowników medycznych jest bezsprzecznie jednym z ważniejszych czynników wpływania na stabilizowanie sytuacji w funkcjonowaniu szpitali z punktu widzenia zarządzania zasobami pracy, szczególnie gdy są ograniczone. Konieczne są realnie i pozytywnie działające motywacje do pracy.

4. **Wdrażanie rozwiązań organizacyjnych odciążających kadrę medyczną.** Problemu braków kadrowych nie da się rozwiązać w krótkim czasie. Jest to problem o charakterze uniwersalnym, a rozwiązania z zakresu zwiększenia podaży (np. zwiększone limity kształcenia) przyniosą efekty po wielu latach. Stąd kluczowe jest promowanie rozwiązań zwiększających efektywność pracy personelu (wykorzystać można dobre praktyki z innych krajów). Należy przygotować i wdrożyć regulacje o zmianach stanowisk pracy, powodujących np. przesunięcie części obowiązków z lekarzy na pozostały personel medycznych (np. pielęgniarki, farmaceutów, diagnostów laboratoryjnych) oraz zatrudnianie medycznego personelu pomocniczego, np. asystentów i opiekunów medycznych (ze zdefiniowaniem ich ról w systemie). Konieczne są zmiany w organizacji pracy zespołów medycznych w celu uwzględniania wielodyscyplinarnych zespołów pracy zamiast pracy w ramach wąskich specjalizacji. Potrzebne jest upowszechnianie rozwiązań z zakresu telemedycyny. Dokonujące się zmiany organizacji i zarządzania w szpitalnictwie powinny brać pod uwagę kryterium ciągłości i wielowymiarowości leczenia, i z tego punktu widzenia należy prowadzić politykę zatrudnienia kadr z udziałem: fizjoterapeutów, psychologów, diagnostów, magistrów farmacji i ratowników medycznych. Działaniom tym musi towarzyszyć weryfikacja obowiązujących regulacji z zakresu norm zatrudnienia (wymogów kadrowych zawartych w rozporządzeniach koszykowych). Dodatkowo, należy podkreślić, że w polskich warunkach kluczowe jest również wprowadzenie ułatwień w zatrudnianiu personelu medycznego z zagranicy (np. lekarze i pielęgniarki z Ukrainy, Białorusi).

5. **Zintensyfikowanie prac dotyczących aktualizacji systemu Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP).** System JGP należy regularnie monitorować i dostosowywać do zmieniających się technik leczniczych oraz oczekiwanych efektów organizacyjnych i zdrowotnych (m.in. płaćenie za efekt). Elementem systemu JGP jest wycena świadczeń. Problem braku realnej, dostosowanej do rzeczywistych kosztów wyceny świadczeń jest podnoszony przez zarządzających podmiotami leczniczymi od lat. Należy zintensyfikować prace Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zarówno w kontekście wyceny, jak i wprowadzenia ujednoczonego rachunku kosztów. Wycena świadczeń powinna również uwzględniać specyfikę poszczególnych jednostek np.: w przypadku szpitali uniwersyteckich kluczowe jest uwzględnienie roli edukacyjnej – zadań z zakresu kształcenia kadr medycznych; w przypadku szpitali/oddziałów zakaźnych poziom finansowania musi uwzględniać pozostawanie w stanie gotowości i zagwarantowanie właściwych zasobów materiałowych i infrastrukturalnych.

Działania ogólnosystemowe i uwagi ogólne

Sytuacja pandemii uwiarydociła ograniczenia w sterowaniu ochroną zdrowia, a szczególnie zarządzaniem placówkami szpitalnymi, uwzględniając sprawy prewencji, ruchu pacjentów, dyspozycyjności kadr, warunków świadczenia usług leczniczych oraz elastyczności w korzystaniu z infrastruktury szpitalnej. Stąd w celu wzmocnienia funkcji sterowania sektorem szpitalnictwa konieczne jest doprecyzowanie zakresu zadań, odpowiedzialności i kompetencji po stronie instytucji rządowych, administracji wydzielonej i podmiotów samorządowych. Aktualnie tylko płatnik, poprzez narzędzia finansowe ma realny wpływ na sektor szpitalnictwa na poziomie regionu. Praktyka ostatnich lat pokazała jednak, iż narzędzia finansowe są niewystarczające by zagwarantować właściwą strukturę świadczeniodawców. Szpitale stanowią ważny ośrodek życia społecznego i ekonomicznego – zwłaszcza w przypadku

jednostek podległych władzom samorządowym. Dodatkowo, płatnik finansuje tylko świadczenia medyczne, natomiast wydatki inwestycyjne (finansowane w ostatniej dekadzie w dużej mierze ze środków UE) nie mają stałego zabezpieczenia. Stąd kluczowe jest wypracowanie mechanizmów koordynacji podaży usług szpitalnych, przynajmniej na poziomie regionu.

Kryzys związany z pandemią SARS-COV-2 ma charakter globalny. Słowa klucze w walce z pandemią, tak w wymiarze międzynarodowym, krajowym, jak i regionalnym – to ‘współpraca’ i ‘koordynacja’. Polska powinna aktywnie uczestniczyć zarówno w międzynarodowych programach badawczych dotyczących pandemii, jak i grupowych zakupach środków ochrony osobistej. Na poziomie kraju niezbędna jest mobilizacja wszystkich posiadanych zasobów, co w kontekście szpitali przekłada się na potrzebę zaangażowania, współpracy i koordynacji zarówno podmiotów publicznych, jak i prywatnych.

Za uwagi do tekstu dziękujemy Annie Koziel.

Alert Zdrowotny to inicjatywa Open Eyes Economy Summit oraz Kolegium Gospodarki i Administracji Publicznej Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie.

Wszystkie alerty eksperckie dostępne są na: www.oees.pl/dobrzewiedziec