



Za dużo leczymy w szpitalach

Najpierw zapytajmy, co leczymy w szpitalach. Biorąc pod uwagę rodzaj świadczeń, prawie 60 proc. ma charakter zachowawczy, a najczęściej jest to diagnostyka. Kolejną grupą są zabiegi tzw. średnie, ale pamiętajmy, że w Polsce zalicza się do nich również poród. Następne w statystykach są zabiegi zachowawcze specjalistyczne, zabiegi kompleksowe, zabiegi duże, małe i diagnostyczne. Z punktu widzenia diagnostyki i przewidywanej terapii te 60 proc. świadczeń o charakterze zachowawczym nie musiałyby się odbywać w szpitalach, szczególnie że tylko 2 proc. z nich jest zakontraktowane w formie jednodniowej (rok 2019).

Taką krótką statystykę przedstawił moderator dyskusji Jarosław Kozera i zapytał, czy teza zawarta w tytule panelu jest prawdziwa. Zdaniem panelistów tak, ale z wieloma zastrzeżeniami i dopowiedzeniami. Uczestnikami panelu byli: Łukasz Jankowski z Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, Robert Moldach z Instytutu Zdrowia i Demokracji, Marcin Pakulski, były prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, Piotr Warczyński, były minister zdrowia, Andrzej Zapaśnik z Porozumienia Zielonogórskiego oraz Piotr Nowicki, dyrektor szpitala wojewódzkiego w Poznaniu.

Piotr **Warczyński**:

Nikt – od samej góry do samego dołu – nie jest zainteresowany tym, żeby rozsądnie kierować pieniądze np. na profilaktykę



Fot. Patryk Rydzik

Jakie są zatem przyczyny tego, że za dużo leczymy w szpitalach?

Przyczyna pierwsza: Deficyt w zakresie AOS i POZ

Łukasz Jankowski przytoczył anegdotę. Kiedyś on i koledzy z oddziału zadali sobie pytanie, jak wygląda pacjent, który powinien być diagnozowany w szpitalu. I prawdę mówiąc, nie potrafili go sobie wyobrazić, bo np. gastroskopię, kolonoskopię, tomografię można przeprowadzić ambulatoryjnie. Potem odkryli, że większość ich pacjentów powinna przejść diagnostykę poza szpitalem, jednak do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) są kolejki i dlatego ci pacjenci są kierowani do szpitali.

– *Sami chorzy też zachowują się racjonalnie. Idą na SOR, a tam jest decyzja: do domu. Albo przy dzisiejszym obciążeniu lekarzy odpowiedzialnością prawną i prawnokarną, w ramach tzw. medycyny defensywnej zachowawczej podejmuje się decyzję: to położymy pana na chwilę na obserwację* – opowiadał Łukasz Jankowski.

– *Rozumiem, że sformułowanie „za dużo leczymy w szpitalach” to skrót myślowy, bo raczej za dużo leczymy na zbyt wysokich poziomach opieki, leczymy w trybie ostrym, dlatego że pacjenci wcześniej nie byli odpowiednio zdiagnozowani i ich stan jest doprowadzony do krytycznego* – kontynuował Robert Moldach.

Potwierdził to Marcin Pakulski, dzisiaj aktywny lekarz, w przeszłości przedstawiciel płatnika: – *Tak naprawdę dla dobra pacjenta lepiej jest go przyjąć do szpitala i wykonać badania diagnostyczne w ciągu tygodnia, choć można by te wszystkie procedury zrealizować również w trybie ambulatoryjnym* – przyznał.

Przyczyna druga: Żaden samorządowiec nie popełni samobójstwa, likwidując szpital w powiecie, niekiedy głównego pracodawcę

Na ten aspekt zwrócił uwagę Piotr Warczyński, podkreślając, że w 99 proc. organami założycielskimi dla szpitali są samorządy.



XV HOSPITAL AND HEALTHCARE MANAGEMENT

– Jeśli samorządowiec zlikwiduje szpital w swoim powiecie, pozbawi się wyborców. Podobnie rektor uczelni nie powie, że zmniejsza liczbę łóżek w szpitalach klinicznych, bo jest ich trochę za dużo. Nie do pomyslenia. Dyrektor szpitala też nie jest zainteresowany tym, żeby ograniczyć swoje kompetencje i zmniejszyć finansowanie szpitala, np. zamykając oddział. Nikt – od samej góry do samego dołu – nie jest zainteresowany tym, żeby rozsądnie kierować pieniądze np. na profilaktykę – podsumował Piotr Warczyński.

Tę opinię poparł Robert Mołdach, przyznając, że wizerunkowo bardziej imponujące są przecięcie wstęgi przed nowym obiektem czy kwota zebrana na sprzęt szpitalny niż skromna podstawowa opieka zdrowotna (POZ).

Przyczyna trzecia:

POZ optaca się kierować pacjenta na wyższy poziom opieki, a wyższemu poziomowi opieki nie optaca się oddać pacjenta POZ

Andrzej Zapaśnik zwrócił uwagę, że sposób kontraktowania jest przeciwskuteczny. Stawka kapitulacyjna w POZ, stawka *fee for service* w AOS i w szpitalach są kontrproduktywne, bo nie działają tak, by pacjent jak najdłużej był leczony w POZ.

– Organizacyjnie problemem jest przede wszystkim dostęp do diagnostyki. Dlatego rekomendowałbym, aby szpitale były dla opieki ambulatoryjnej miejscem podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego, przynajmniej jeśli chodzi o bazę diagnostyczną. Może nadal powinna to być hospitalizacja, na przykład na dziennych oddziałach szpitalnych, aby pacjent miesiącami nie czekał na rezonans magnetyczny czy tomografię komputerową. No

Łukasz Jankowski:

Bardzo często na oddziałach szpitalnych są rezydenci i lekarze w wieku okołoemerytalnym, a wypadło całe pokolenie lekarzy w wieku produkcyjnym



Fot. Patryk Ryzdyk

Robert Mołdach:

Za dużo leczymy na zbyt wysokich poziomach opieki, leczymy w trybie ostrym, dlatego że pacjenci wcześniej nie byli odpowiednio zdiagnozowani i ich stan jest doprowadzony do krytycznego

jest problem kadrowy. Możemy wymyślić najlepszy model organizacyjny i znaleźć pieniądze, ale zasoby kadrowe się u nas wyczerpują, szczególnie w województwach podkarpackim czy lubuskim, gdzie w niektórych regionach w ogóle nie ma AOS, a lekarze POZ są w wieku przedemerytalnym albo emerytalnym – powiedział Andrzej Zapaśnik.

Przyczyna czwarta:

Nikt pacjentowi nie wytłumaczył, że szpital nie jest zawsze najlepszą ścieżką ku zdrowiu

– Zapomnieliśmy o tym, kto nam najbardziej przeszkadza. O pacjencie. System działałby idealnie, gdyby nie pacjenci – ironizował Piotr Nowicki, który jak podkreślił, z zarządzaniem jest związany od 20 lat. Jego zdaniem COVID-19 „poruszył” system, a jednocześnie pokazał, jak pacjenci wymuszają określony sposób funkcjonowania ochrony zdrowia. – Często mogą iść do lekarza rodzinnego, ale nie chcą. Mogą uzyskać świadczenie w AOS, ale nie chcą. Chcą się dostać do szpitala. Uważają, że czasami lepiej „położyć się na trzy dni”, zrobić komplet badań i w krótkim czasie mieć z głowy diagnozę – ocenił.

Jeśli interesariusze nie są zainteresowani, żeby system się zmieniał, to nawet najlepszy, stworzony na papierze, pozostanie fikcją.

– Myślę, że trzeba zacząć od pacjenta, od pokazania mu zupełnie innych ścieżek, od wytłumaczenia, że szpital nie jest jakąś wartością dodaną i że nie powinien się obrażać, gdy po dwóch dniach zostanie wypisany – podsumował Piotr Nowicki.

Odpowiadając na pytanie postawione w tytule panelu, Piotr Nowicki wyraził opinię, że liczba hospitalizacji nie powinna być mniejsza.



Fot. Patryk Ryzdyk



V KONGRES WIZJA ZDROWIA DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ FORESIGHT MEDYCZNY

Potwierdził jednak, że w szpitalach przeprowadza się dużo lepszych zabiegów, bo bywa to łatwe i opłacalne.

– Nie powinniśmy likwidować szpitali, to nie jest właściwa recepta. Szpitale powinny zostać, ale mogłyby zmienić profil, być bazą diagnostyczną dla opieki ambulatoryjnej, przekształcić oddziały np. na opiekę długoterminową. Nie leczymy za dużo w szpitalach, leczymy tylko nie to, co powinniśmy. Potrzeby zdrowotne naszych pacjentów są ogromne i niezaspokojone, więc środki, które mamy, trzeba racjonalnie zagospodarować, poprawiając jakość opieki ambulatoryjnej, również podstawowej – podkreślił Andrzej Zapaśnik.

Nie ma gotowej recepty, ale są dobre praktyki, wiele rzeczy można zrobić w pilotażach. Andrzej Zapaśnik przytoczył pilotaż kompleksowej opieki w niewydolności serca (KOS-zawał), w którym uczestniczył. Wspominał, że eksperci wypracowali model integracji funkcjonalnej pomiędzy POZ, AOS i szpitalami. Niestety po zmianie na stanowisku ministra zdrowia sprawa ucichła i nawet osoby, które ten program przygotowywały, nie otrzymały informacji, dlaczego tak bardzo zaawansowany projekt w ogóle nie jest realizowany.

O pozytywnym wydarzeniu Andrzej Zapaśnik opowiedział w kolejnym wystąpieniu. Podzielił się doświadczeniami z pilotażu POZ PLUS.

– Pacjenci chcą leczyć się u specjalistów i szybko diagnozować w szpitalach. To prawda, jednak moje doświadczenie 3 lat prowadzenia pilotażu opieki nad chorymi przewlekle w modelu POZ PLUS pokazuje, że jeżeli zaoferujemy im realną opiekę zdrowotną w POZ, z możliwościami konsultacji specjalistycznych, to oni się na to zdecydują – przekonywał Andrzej Zapaśnik. – Pacjen-



Fot. Patryk Rydzik

Andrzej **Zapaśnik**:

Jeżeli zaoferujemy pacjentom realną opiekę zdrowotną w POZ, z możliwościami konsultacji specjalistycznych, to oni się na to zdecydują

ci wolą opiekę w POZ z udziałem całego zespołu, z pielęgniarkami i edukatorem zdrowotnym, z możliwością konsultacji u specjalisty niż świat równoległy do POZ, w którym sami szukają np. kardiologa. Wielu naszych pacjentów mówi: zostajemy u pana, ponieważ ten model się sprawdził. Również mentalność pacjentów, moim zdaniem, można zmienić – stwierdził.

Trudna sytuacja kadrowa w szpitalach

– Bardzo często na oddziałach szpitalnych są rezydenci i lekarze w wieku okołoemerytalnym, a wypadło całe pokolenie lekarzy w wieku produkcyjnym. Gdzie oni są? Wyjechali bądź pracują w AOS albo w sektorze prywatnym – scharakteryzował sytuację Łukasz Jankowski.

Jego zdaniem tę tendencję widać już wśród rezydentów, którzy wcale nie czują się wyróżnieni propozycją pracy w szpitalu. Mają inne intratne propozycje. Dlatego trzeba skupić się na POZ, wzmocnić ten system, między innymi skracając ścieżkę umożliwiającą przyjmowanie pacjentów. I kolejna sprawa – współpraca, konsultacje lekarzy rodzinnych ze specjalistami. Dzisiaj przebiega to trochę „na dziko”, kanałami koleżeńskimi.

– Dlaczego nie możemy tego zrobić w formie instytucjonalizowanej? – pytał Łukasz Jankowski. Specjalista zatrudniony przez samorząd mógłby być konsultantem dla lekarzy rodzinnych, szczególnie przy możliwościach, jakie daje telemedycyna.

– Dzisiaj największym problemem są ludzie – potwierdził Piotr Nowicki. – Ludzi nie da się dodrukować. Zwiększamy dostępność specjalisty, bo „uwalniamy limity”. To nie ma sensu. Nie można nikogo zatrudnić, bo nie ma chętnych – dodał.

Lekarze pracują na wysokich obrotach, choć w opiece specjalistycznej jest 80-procentowa realizacja w stosunku do zapotrzebowania.



Fot. Patryk Rydzik

Marcin **Pakulski**:

Trzeba wytłumaczyć pacjentowi, że szpital jest dla niego najniebezpieczniejszym miejscem w systemie opieki zdrowotnej



XV

HOSPITAL AND HEALTHCARE MANAGEMENT

Wszystko z winy COVID-19. Teraz sytuacja powoli się poprawia, ale nie doszliśmy do poziomu z 2019 r. – *Niezależnie od tego, jakie pieniądze wpompujemy, nie znajdziemy kolejnego lekarza* – powiedział Piotr Nowicki. – *Młodzi lekarze mówią wprost, że nawet jeżeli pracują w szpitalu, to biorą dwa dyżury, bo chcą żyć. Nie chcą tak jak starsi koledzy non stop siedzieć w szpitalu, mając po 10 dyżurów. Rozmawiałem z tymi lekarzami i oni mówią krótko: to nie zależy od tego, ile dyrektor mi zaproponuje, wezmę dwa dyżury, bo chcę mieć rodzinę, wyjechać na urlop.*

– *Czy rzeczywistość kryzys może spowodować racjonalizację wykorzystania zasobów?* – pytał Jarosław Kozera.

Zdaniem Roberta Moldacha kadry to problem kluczowy. Trzeba zadać trudne pytania. Co zrobić, aby lekarz po skończeniu studiów chciał kontynuować swój rozwój w medycynie wiejskiej? Wiadomo, że start w mieście jest o wiele bardziej korzystny finansowo. Zdaniem panelistów sytuacja kryzysu może być odpowiednim momentem, by zmierzyć się z tym zagadnieniem.

Przyczyna piąta:

Nie mamy systemu, tylko niepotążone fragmenty

– *Co zrobić, żeby nie tyle zmniejszyć liczbę hospitalizacji, ile zmienić ich profil tak, żeby dawały nam efektywne, wymierne zmiany? Czyli żebyśmy mieli np. lepsze wyniki leczenia onkologicznego, mniej zgonów z powodu chorób sercowo-naczyniowych?* – pytał Marcin Pakulski. W dalszej części swojej wypowiedzi skupił się na koniecznym rozwoju opieki ambulatoryjnej. Jego zdaniem niezbędna jest rozbudowa infrastruktury, bo przychodnie często nie mają warunków, by udzielać więcej świadczeń. – *Gdy warunki się poprawią, będzie można pacjenta zachęcić do korzystania ze świadczeń ambulatoryjnych, żeby nie jechał prosto do szpitala. Trzeba mu również wytłumaczyć, że szpital jest dla niego najniebezpieczniejszym miejscem w systemie opieki zdrowotnej. Należy też pomyśleć o warunkach pracy personelu medycznego, zadbać, żeby lekarz czuł się bezpiecznie i komfortowo. Kiedy lekarz w placówce peryferyjnej w zderzeniu na przykład z trudnym przypadkiem jest sam, to zniechęca do pracy* – opisał sytuację Marcin Pakulski.

Postawił tezę, że najważniejsze jest odtworzenie powiązań pomiędzy POZ, AOS i szpitalem. Dzisiaj obserwujemy rozerwanie systemu, rozerwanie procesów diagnostyczno-terapeu-



foto: Patryk Bydyk

Piotr **Nowicki**:

Młodzi lekarze mówią krótko: to nie zależy od tego, ile dyrektor mi zaproponuje, wezmę dwa dyżury, bo chcę mieć rodzinę, wyjechać na urlop

tycznych. Nie mamy systemu opieki zdrowotnej, tylko elementy, które działają osobno.

Podsumowanie

Jarosław Kozera stwierdził, że choć nie było zbyt dużo optymistycznych wypowiedzi, to paradoksalnie w aktualnym chaosie dobrze się dzieje, że tak dużo leczymy w szpitalach, że jest takie miejsce, gdzie pacjent może uzyskać pomoc. Z drugiej strony mamy świadomość, że zgromadzone zasoby są nieadekwatne do tego, co się robi. Rozmówcy zgodnie uznali, że aby to zmienić, musi nadejść kryzys, który wszystko zweryfikuje.

Jest wiele głosów, że pieniądze nie są najważniejszym problemem. I nie jest problemem to, co się dzieje w samym szpitalu, ale działania medyczne przed przyjęciem do placówki i opieka nad pacjentem po hospitalizacji. – *Jedną z najgorszych rzeczy, jakie dzisiaj usłyszałem, jest stwierdzenie, że został zerwany ciąg kompetencyjny między lekarzami. Jesteście sami skazani na dany przypadek i to od waszej inwencji, znajomości zależy leczenie, a nie od jakiegoś modelu* – ocenił Jarosław Kozera.

Pytanie, czy za dużo leczymy w szpitalach, jest więc niewłaściwe. Kryzys, zawał, dojście do ściany – to będzie moment, który wyzwoli zmiany. Wszyscy mamy świadomość, że problem leży poza szpitalami. Optymistyczny jest fakt, że mamy ludzi z ogromnym doświadczeniem, którzy pomogą wyprzedzić zawał w ochronie zdrowia.

Iwona Konarska

WHO twierdzi, że **80 proc.** wszystkich świadczeń powinno być udzielanych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, a **20 proc.** w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i w szpitalach (proporcjonalnie po 10 proc.). W Polsce ta piramida jest odwrócona.

Jeśli chcesz obejrzeć panel w sieci, zeskanuj kod QR

