



MIĘKKIE PODBRZUSZE

W sytuacji zagrożenia, jakim jest COVID-19, na pierwszej linii frontu, co jest naturalne, znajduje się system opieki zdrowotnej. To oczywiste, że podobnie jak organizm człowieka, lepiej z potencjalnym zagrożeniem radzi sobie system optymalnie zarządzany, zorganizowany i wyposażony. System, w którym środki finansowe kierowane są na najważniejsze cele, a nie taki, w którym finansuje się wszystko w niedostatecznym zakresie, co oczywiście nie rozwiązuje niczego, pogłębiając tylko istniejące trudności. W konsekwencji można było założyć, że pandemia uderzy w pierwszej kolejności w tzw. miękkie podbrzusze systemu. I tak się dzieje.

Grzechem pierwotnym tzw. reformy Buzka było oddanie polityki zdrowotnej ze szczebla centralnego na poziom wielu szczebli samorządów. W konsekwencji tego błędu trudny okres, w którym się obecnie znajdujemy, charakteryzuje gorączkowe przejmowanie odpowiedzialności za strategiczną politykę zdrowotną z powrotem przez ogniwa szczebla centralnego.

Obecna frontowa sytuacja daje jednoznaczne odpowiedzi na wiele pytań, a niektórzy potrzebowali dowodów. Pewna centralizacja w systemie ochrony zdrowia jest niezbędna. Dziś widać błędy jak na dłoni. W USA jest poszatkowany system, głównie prywatne podmioty lecznicze nie potrafią ze sobą współpracować nawet w obrębie jednego stanu, nie mówiąc już o bezsilności administracji centralnej – federalnej. W Polsce również to widać w zakresie decyzyjnym, koordynacji i co najgorsze – zaopatrzenia. Ta opinia jest od wielu lat powszechna wśród ekspertów ochrony zdrowia i dotyczy także poszczególnych województw.

Koordynacja i konsolidacja

W raporcie z 2019 r. NIK zwraca uwagę na niewystarczającą koordynację działań w województwach dotyczących tworzenia i funkcjonowania podmiotów leczniczych, co powoduje działanie w regionach wielu podmiotów leczniczych, podlegających różnym organom tworzącym, udzielających często identycznych świadczeń, co z kolei prowadzi do zmniejszenia jednostkowych kontraktów NFZ z tymi podmiotami i ostatecznie pogorszenia ich sytuacji finansowej. Według NIK dotychczasowe 20-letnie próby skoordynowania działań pomiędzy różnymi podmiotami leczniczymi oraz ich organami właścicielskimi nie przyniosły pozytywnych rezultatów w postaci koordynacji procesu leczenia i efektywnego gospodarowania pieniędzmi publicznymi. Należy więc rozważyć przeniesienie prawa własności szpitali powiatowych oraz miejskich (gminnych) na jednostki samorządu województwa. Konsolidacja uprawnień właścicielskich w przypadku szpitali samorządowych

**WEDŁUG ADAMA NIEDZIELSKIEGO,
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA,
POWINNIŚMY BUDOWAĆ MOTYWATORY FINANSOWE,
KTÓRE BĘDĄ ZACHĘCAŁY
DO RESTRUKTURYZACJI SIECI,
KONSOLIDACJI SZPITALI
I ODDZIAŁÓW SZPITALNYCH**

umożliwi koordynację i optymalizację wykorzystania bazy materialnej i kadrowej systemu. Powinno się także rozważyć przekształcenie części małych szpitali powiatowych w zespoły opieki ambulatoryjnej (ZOA), których zadaniem będzie udzielanie kompleksowych świadczeń z zakresu diagnostyki, opieki specjalistycznej, a także świadczeń usprawniających – rehabilitacji.

Podobne wnioski płyną z porad „Wspólnie dla Zdrowia” organizowanych przez ministra zdrowia. Na ich podstawie minister Łukasz Szumowski słusznie wskazuje, że właściwą drogą dla szpitali powiatowych byłoby przesunięcie ciężaru działalności w kierunku opieki długoterminowej w sytuacji, gdy takich łóżek dramatycznie brakuje (np. w Wielkopolsce łóżka opieki długoterminowej stanowią zaledwie 9 proc. wszystkich zasobów szpitalnych). I że warto pod tym kątem popatrzeć z jednej strony na braki kadrowe w szpitalach, a z drugiej na nadmierną liczbę szpitalnych łóżek, które nie zawsze są właściwie i w wystarczającym stopniu wykorzystane. Takie poglądy były wielokrotnie wyrażane przez autorów artykułów publikowanych w „Menedżerze Zdrowia”.

Według Adama Niedzielskiego, prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, powinniśmy budować motywatory finansowe, które będą zachęcały do restrukturyzacji sieci, konsolidacji szpitali i oddziałów szpitalnych. Dobrym przykładem jest położnictwo – w niektórych szpitalach w Polsce rocznie odbywa się 26 porodów, co daje ok. jednego porodu na dwa tygodnie. Kadra, która się tym zajmuje, nie zapewnia gwarancji bezpieczeństwa.

Szpitalne opieki krótkoterminowej

Pierwszy, gorący wniosek płynący z pandemii dotyczy konieczności pilnego powrotu do sytuacji sprzed tzw. reformy Buzka, tzn. przejęcia odpowiedzialności za strategię polityki zdrowotnej w kraju przez centralny szczebel administracji rządowej oraz ustanowienia jednego właściciela dla szpitali w województwie. Ale to już obecnie nie wystarcza. Niezbędne jest uzyskanie konsensusu wokół definicji szpitala opieki krótkoter-

minowej. Musi to być kluczowy, najważniejszy zakład stacjonarny, który jest przygotowany do udzielania specjalistycznej pomocy w stanach nagłego zagrożenia utraty życia dla populacji w granicach 150–300 tys. ludności. Akcent w takim szpitalu musi być położony na SOR, zaplecze diagnostyczne obejmujące rezonans magnetyczny (RM), blok operacyjny z co najmniej 6–8 salami oraz oddział intensywnej terapii z co najmniej 20–25 łózkami, z możliwością zwiększenia ich liczby. Ostatnio Włosi w rejonie Bergamo wybudowali dodatkowy szpital na 140 łóżek, w którym połowa (70 łóżek) to łóżka intensywnej terapii.

Do szpitali opieki krótkoterminowej, o których mowa wyżej, zaliczamy głównie wszystkie szpitale kliniczne, wojewódzkie oraz powiatowe posiadające generalnie powyżej 300 łóżek. W szpitalach tych stopniowo (idea ministra Religi) powinno się przechodzić na organizację wieloprofilowych oddziałów zabiegowych (obecnie na takich oddziałach w Polsce funkcjonuje tylko 435 łóżek), wieloprofilowych oddziałów zachowawczych, kompleksu oddziałów dla matki i dziecka, a także ratownictwa medycznego (*emergency*). Oddziały dla matki i dziecka wymagają wyjątkowo wysokiego standardu infrastruktury. Warto przypomnieć, że od lat w Ministerstwie Zdrowia czeka na realizację tzw. raportu Pobrotyna, który postuluje konsolidację Centrum Zdrowia Dziecka i Instytutu Matki i Dziecka i zlokalizowanie całości tego kompleksu w Międzyzlesiu.

Jak dzisiaj wygląda rzeczywistość w pełnoprofilowych specjalistycznych szpitalach opieki krótkoterminowej? Według przewodniczącego Polskiej Unii Szpitali Klinicznych i dyrektora Szpitala Przemienienia Pańskiego w Poznaniu dr. hab. med. Szczepana Cofty szpitale kliniczne z powodu braku dostatecznych środków są wykorzystane zaledwie w 60–70 proc. Podobna sytuacja jest w szpitalach wojewódzkich i dużych powiatowych. Średnie wykorzystanie łóżek szpitalnych w Polsce jest na poziomie 66,1 proc., przy 62 proc. w województwie podlaskim. Przyjęty standard dla Unii Europejskiej to 85 proc.

Intensywna terapia

W kraju mamy 3668 łóżek o profilu OIT, co daje zaledwie 1 łóżko na 10 tys. ludności. Stanowi to 1,5–1,7 proc. łóżek szpitalnych, czyli wielokrotnie mniej niż w Europie Zachodniej, gdzie odsetek ten sięga co najmniej 8 proc. ogólnej liczby łóżek (w USA 15 proc., w Emiratach Arabskich 25 proc.). To grubo poniżej wszelkich minimalnych standardów. Potencjał ten powinien być jak najszybciej zwielokrotniony.

Na całym świecie intensywna terapia ma charakter interdyscyplinarny. Refundacja świadczeń akredytowanych oddziałów intensywnej terapii odbywa się na zasadzie punktacji TISS. Punktacja ta jest niedostatecznie wyceniona przez NFZ i nie odpowiada rzeczywistym kosztom leczenia. Łóżka OIT są opłacane przez NFZ

w połowie ich rzeczywistych kosztów. W odróżnieniu od krajów bardziej cywilizowanych w stacjonarnej opiece w Polsce nie mamy pośredniego szczebla opieki między OIT a oddziałami pozostałych specjalności. W innych krajach funkcjonują oddziały pooperacyjne, wzmożonego nadzoru (*high dependency units*). Takie pośrednie oddziały są niezbędne w polskiej opiece stacjonarnej. Obecnie łóżka OIT są obłożone w 100 proc. i bez znaczącego zwiększenia tej bazy rozwój medycyny klinicznej w Polsce nie nastąpi.

W zakresie wyposażenia w RM mamy łącznie zaledwie 211 aparatów, przy czym w warmińsko-mazurskim funkcjonują tylko 2, a w opolskim i lubuskim 3 aparaty.

Szpitala zakaźne

Poza łózkami intensywnej terapii i wysokospecjalistycznym zapleczem diagnostycznym, których deficyt jest niebezpieczny dla pacjentów, kolejnymi kluczowymi jednostkami w okresie pandemii okazały się oddziały i szpitale zakaźne. Tu skutki zaniedbań są jeszcze bardziej dotkliwe. Łącznie w Polsce mamy 2977 łóżek na oddziałach zakaźnych, co stanowi zaledwie 0,8 łóżka na 10 tys. ludności. W przeciwieństwie do łóżek OIT stan infrastruktury i obsady lekarskiej oddziałów zakaźnych jest bardzo zróżnicowany. Z powodu wieloletniego niedoceniań tej dyscypliny obok wyróżniających się jednostek, należących głównie do uniwersytetów medycznych, istnieje szereg oddziałów w szpitalach powiatowych i wojewódzkich odbiegających od powszechnie przyjętych standardów infrastrukturalnych dla tej dyscypliny. Szczególnie dotkliwe są również braki kadrowe, choć specjalność ta dotąd nie została uznana za deficytową.

Szpitala zakaźne, jak większość szpitali w Polsce, nie miały strategii na wypadek wystąpienia sytuacji kryzysowej lub miały zaledwie orientacyjną. Można odnieść wrażenie, że publikowana przez Ministerstwo Zdrowia lista szpitali przeznaczonych w całości do leczenia chorych zarażonych koronawirusem została stworzona niejako na ostatnią chwilę i zaskoczyła głównie kierownictwa tych jednostek, wprowadzając równoległe ogromne utrudnienia w leczeniu pozostałych ciężko chorych pacjentów. Wobec tego trudno się dziwić protestującym pracownikom Wojewódzkiego Szpitala w Łomży, gdzie wojewoda podlaski znalazł szybko łagodzące wyjście, przeznaczając na Szpital Zakaźny województwa podlaskiego Szpital MSWiA w Białymstoku.

Wniosek z dotychczasowego przebiegu pandemii jest oczywisty – szpitale zakaźne, jak żadne inne, muszą posiadać rezerwę lokalową gotową na przyjęcie pacjentów w sytuacji kryzysowej. Taką naturalną rezerwą mogłyby stanowić np. szkoły wybudowane przed 40 laty na tysiącletnie Polski (tzw. tysiąclatki). Z założenia miały one służyć jako zaplecze frontu wojsk Układu Warszawskiego.

ŁĄCZNIE W POLSCE MAMY

2977 ŁÓŻEK NA ODDZIAŁACH ZAKAŹNYCH,

CO STANOWI ZALEDWIE 0,8 ŁÓŻKA

NA 10 TYS. LUDNOŚCI



SZPITALA ZAKAŹNE, JAK ŻADNE INNE,

MUSZĄ POSIADAĆ REZERWĘ LOKALOWĄ GOTOWĄ

NA PRZYJĘCIE PACJENTÓW

W SYTUACJI KRYZYSOWEJ

Izolatoria

Optymalne rozwiązanie wdrożono ostatnio w Krakowie, gdzie Szpital Uniwersytecki udostępnił dwa zwolnione budynki na utworzenie izolatoriów dla chorych na COVID-19. W razie potrzeby może przebywać w nich blisko tysiąc pacjentów. Pomieszczenia są już gotowe, a zapewnienie nadzoru i opieki nad pacjentami, którzy tam trafią, oraz kwestię ich wyżywienia wziął na siebie wojewoda małopolski.

Do izolatoriów, które powinny powstać w każdym województwie, mają trafiać pacjenci z COVID-19, którzy chorobę przechodzą łagodnie lub jej najcięższy moment mają już za sobą, ale czekają jeszcze na pełne wyzdrowienie.

Do izolatorium będą kierowane osoby:

- chore na COVID-19 o łagodnym przebiegu, niewymagające leczenia w szpitalu,
- u których podejrzewa się zachorowanie (zostały skierowane przez lekarza na leczenie lub diagnostykę laboratoryjną w kierunku wirusa SARS-CoV-2 w izolacji poza szpitalem),
- którym lekarz zlecił izolację w domu, ale ze względu na możliwość zakażenia bliskich z grupy podwyższo-

WEDŁUG OPINII KONSULTANTÓW KRAJOWYCH

MOŻNA WSKAZAĆ WIELE OBSZARÓW,

GDZIE WYSTĘPUJĄ DEFICYTY SPECJALISTÓW

I ZACHODZĄ OBAWY

O POWIĘKSZANIE SIĘ TYCH DEFICYTÓW

W PRZYSZŁOŚCI



nego ryzyka (np. osoby starsze, z obniżoną odpornością) nie powinny w nim przebywać,

- którym lekarz zlecił izolację w domu, lecz z innych przyczyn nie mogą się jej poddać w miejscu zamieszkania.

W izolatoria mogą czasowo zamienić się także hotele, hostele, akademiki czy sanatoria. Aby stać się izolatorem, każdy z tych obiektów musi spełnić kilka warunków. Izolowany pacjent musi mieć zapewnione: osobny pokój z łazienką, opiekę medyczną na miejscu w izolatorium i łączność telefoniczną z personelem medycznym lub personelem izolatorium, a także trzy posiłki dziennie. Jeśli ze względu na wiek lub stan zdrowia pacjent wymaga opieki drugiej osoby, możliwy jest jej pobyt razem z izolowanym. Decyzję w tej sprawie podejmuje lekarz kierujący pacjenta do izolatorium. Stan zdrowia osób przebywających w izolatorium jest monitorowany przez personel medyczny. Przynajmniej dwa razy dziennie ma kontrolować go pielęgniarka. Nad izolowanym czuwa również lekarz, który wizytuje pacjenta na miejscu lub udziela teleporady medycznej, np. przez telefon. W izolatorium pobiera się także wymazy do badań na obecność koronawirusa. Koszty pobytu pacjenta w izolatorium pokryje NFZ.

Deficyt kadry

Kolejny problem, który w okresie pandemii z całą jaskrawością dał o sobie znać, to deficyt kadry lekarsko-pielęgniarskiej. W ostatnich latach zrobiono bardzo wiele dla poprawy sytuacji, ale efekty pojawią się najwcześniej za 6–8 lat. Obecnie w Polsce już niemal co czwarty lekarz skończył 65 lat.

Główny Urząd Statystyczny zwraca uwagę, że zwłaszcza w sytuacji niedoborów kluczową kwestią jest efektywne wykorzystanie kadr medycznych. Zapewnienie odpowiedniej dostępności personelu medycznego opar-

tej na potrzebach mieszkańców stanowi jedno z najważniejszych wyzwań współczesnej polityki zdrowotnej.

Dostępność zależy m.in. od rozmieszczenia przestronnego kadry pracującej bezpośrednio z pacjentem. Z danych GUS wynika, że nawet na poziomie regionalnym jest z tym olbrzymi problem. Liczba lekarzy przypadająca na 10 tys. ludności wahała się od 15,3 w województwie wielkopolskim do 27,1 w województwie mazowieckim. Liczba pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców w 2018 r. także była najniższa w województwie wielkopolskim – 36,5 oraz w województwie pomorskim – 41,8. Najwięcej pielęgniarek było w województwie lubelskim – 57,7 na 10 tys. mieszkańców, podkarpackim – 59,4 na 10 tys. mieszkańców oraz świętokrzyskim – 60,4 na 10 tys. mieszkańców. Co ważne, GUS w swoich zestawieniach uwzględniał wyłącznie personel pracujący bezpośrednio z pacjentem. Oprócz ogólnej liczby lekarzy problemem są niedostatki specjalistów. W 2018 r. liczba lekarzy specjalistów w Polsce wynosiła 60 tys.

Według opinii konsultantów krajowych można wskazać wiele obszarów, gdzie występują deficyty specjalistów i zachodzą obawy o powiększanie się tych deficytów w przyszłości. Na koniec 2018 r. najwięcej lekarzy specjalistów było w obszarach chirurgii, medycyny rodzinnej oraz chorób wewnętrznych. Najmniej liczną grupę wśród specjalizacji kluczowych z punktu widzenia potrzeb pacjentów stanowili specjaliści w onkologii. Niestety GUS nie uwzględnił w swoim zestawieniu lekarzy chorób zakaźnych.

Standardy jakości

Przy próbie sformułowania pierwszych, gorących spostrzeżeń z przebiegu pandemii nie sposób pominąć zagadnienia zakażeń szpitalnych i generalnie problemu jakości świadczeń w opiece zdrowotnej. Jak wykazała

kontrola NIK, skuteczność obecnego systemu przeciwdziałania zakażeniom szpitalnym nadal jest niewystarczająca. W sytuacji pojawienia się szczepów bakterii lekoopornych może to stanowić zagrożenie dla pacjentów, szczególnie po zabiegach i z osłabioną odpornością.

Po raz kolejny wraca konieczność wprowadzenia w podmiotach publicznych i niepublicznych obowiązkowego systemu oceny jakości udzielanych świadczeń. Ostatni „niedowiarkowie” przekonali się, że otrzymanie raz na trzy lata certyfikatu akredytacji czy ISO jest pożyteczne, ale nie rozwiązuje problemu. Rację mieli prof. Jassem i prof. Krzakowski, którzy od lat postulowali wprowadzenie elementarnego, obowiązkowego systemu jakości obejmującego każdego pacjenta.

Rację ma także Rafał Janiszewski, który proponuje powierzenie bieżącego monitorowania jakości NFZ jako „przodownikowi pracy w tym zakresie”. Zasadniczą rolę powinien odgrywać tworzony aktualnie przez prezesa NFZ tzw. korpus kontrolerski. Janiszewski twierdzi, że tworzy się pożądany sojusz Ministerstwa Zdrowia i NFZ w zakresie wdrażania zasad mających na celu ograniczenie zdarzeń niepożądanych, którym przypisuje się ogromną wagę w jakości.

Według NIK podmioty, które chcą uczestniczyć w publicznym systemie ochrony zdrowia, powinny spełniać wymogi odnoszące się nie tylko do wskaźników ilościowych (np. liczby łóżek o określonym profilu, personelu o określonych kwalifikacjach, standardów wyposażenia), ale również jakościowych (np. doświadczenie w wykonywaniu określonych zabiegów). Zbyt mała liczba wykonywanych zabiegów powinna skutkować zaprzestaniem finansowania działalności placówki ze środków publicznych, przy utrzymaniu dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych w pobliskich szpitalach specjalistycznych.

Kontrole NIK wykazują także ostatnio szereg problemów w obszarze bezpieczeństwa pacjentów i jakości udzielanych świadczeń, w tym głównie:

- brak powszechnie dostępnych standardów jakości udzielania świadczeń przez poszczególne podmioty lecznicze. Dotychczas standardy takie ustalono jedynie w kilku obszarach. Standaryzacja zwiększa prawdopodobieństwo, że w procesie leczenia zostanie zastosowany najlepszy z możliwych wariantów. W praktyce wykorzystywanie standaryzacji stanowi dowód działania zgodnie z najnowszą wiedzą, a ponadto ma wpływ na czytelność kosztów funkcjonowania (dla usługodawcy i płatnika), co jest szczególnie istotne w sytuacji występowania stałego deficytu środków finansowych w ochronie zdrowia;
- brak obowiązku sprawozdawania zjawisk epidemiologicznych przez podmioty prywatne;
- brak przepływu informacji o procesie leczenia i jego efektach między poszczególnymi poziomami systemu oraz nierzetelność danych zawartych w niektórych rejestrach medycznych. W tej sytuacji konieczne jest

NIEWYSTARCZAJĄCE ZASOBY

PERSONELU MEDYCZNEGO,

LICZNE PRZYPADKI WYSTĘPOWANIA

U PACJENTÓW WIELU CHOROÓB JEDNOCZEŚNIE

WSKAZUJĄ NA POTRZEBĘ DOKONYWANIA

WIELOPOZIOMOWYCH KONSULTACJI

MIĘDZY LEKARZAMI RÓŻNYCH SPECJALIZACJI

stworzenie systemu informacji dla pacjenta. Chodzi o system oparty na autoryzowanym, nowoczesnym i przyjaznym dla użytkownika zasobie wiedzy o zdrowiu i leczeniu, np. w postaci portalu internetowego.

Radykalne wzmocnienie

Warto także w tym miejscu (szczególnie w dobie dzisiejszych ograniczeń) podkreślić potrzebę rozwijania i upowszechniania stosowania telemedycyny. Jest to najnowocześniejsza forma świadczenia usług medycznych wykorzystująca zaawansowane osiągnięcia informatyki i telekomunikacji do monitorowania pacjentów na odległość. Niewystarczające zasoby personelu medycznego, liczne przypadki występowania u pacjentów wielu chorób jednocześnie wskazują na potrzebę dokonywania wielopoziomowych konsultacji między lekarzami różnych specjalizacji. Telemedycyna pozwoli m.in. ograniczyć odsyłanie pacjentów na konsultacje do odległych ośrodków.

W końcu – istnieje potrzeba efektywnego wzmocnienia i koordynacji działania podmiotów realizujących zewnętrzny nadzór instytucjonalny. W obecnym stanie prawnym nadzór nad systemem ochrony zdrowia jest rozproszony pomiędzy różne instytucje, które w ograniczonym stopniu współpracują ze sobą.

Podsumowując, wyrażam zdecydowany pogląd, że ekstremalna sytuacja, w której się znaleźliśmy, będzie wystarczającym motywatorem, aby w pierwszym możliwym momencie, bez zbędnej zwłoki, przystąpić do działań mających na celu radykalne wzmocnienie systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Mam również nadzieję, że w oczekiwanej strategii radykalnego wzmocnienia systemu znajdą się choć niektóre problemy przedstawione wyżej.

Podjmując z wielką ostrożnością temat pandemii w sektorze szpitalnictwa, chcę przede wszystkim zachować niezbędną pokorę. Wynika ona z faktu, że po raz pierwszy w historii mamy do czynienia z tak ekstremalnym zagrożeniem dotyczącym ludności całego globu.

Maciej Murkowski