

Wyciągajmy wnioski NAJWYŻSZEJ IZBY

W minionych dwóch latach ukazało się kilka bardzo wartościowych raportów NIK, które zasługują na uwagę, a zawarte w nich wnioski na upowszechnienie. Monitorowanie raportów jest szczególnie istotne w sytuacji, gdy resort zdrowia od 2000 r., czyli likwidacji Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, nie ma własnego zaplecza analityczno-ekspertyzowego, a Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego w żadnym zakresie swojej działalności nie rekompensuje tego braku.



z raportów KONTROLI



MACIEJ MURKOWSKI

Wspomniane raporty dotyczą tak istotnych kwestii, jak funkcjonowanie szpitalnych oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii i bloków operacyjnych w województwie podkarpackim (2021 r.) czy akredytacja podmiotów leczniczych (2020 r.).

Raport: Szpitalne oddziały anestezjologii i intensywnej terapii i bloki operacyjne

Oddziały intensywnej opieki i bloki operacyjne jako kluczowe elementy tzw. gorącej platformy stanowią bezdyskusyjnie serce każdego szpitala opieki krótkoterminowej. Jednocześnie, co jest jakimś paradoksem, od lat są niedoceniane i niedofinansowane. O ile w Europie Zachodniej odsetek łóżek intensywnej terapii w stosunku do wszystkich łóżek w szpitalu często wynosił więcej niż 5 proc., a nie spadał poniżej 4 proc., o tyle w Polsce nie udało się przekonać ministra, żeby w obowiązujących wymaganiach przekroczyć 2 proc. W efekcie w wielu placówkach, głównie powiatowych, funkcjonują całkowicie niewydolne 3-łóżkowe oddziały intensywnej terapii (OIT) zamiast przynajmniej 6–7-łóżkowych, a w szpitalach wojewódzkich OIT-y na 6–7 łóżek zamiast co najmniej 20–25. Podobna sytuacja występuje w przywołanym przez NIK województwie podkarpackim.

Jeszcze mniejszym zainteresowaniem, bez spojrzenia w przyszłość, cieszą się bloki operacyjne, o których nawet nie ma wzmianki na stronach internetowych szpitali. Ich podstawowe mankamenty to brak sali nadzoru pooperacyjnego oraz – w mniejszych placówkach – tylko dwie sale operacyjne, które tak jak 3-łóżkowe OIT-y nie rozwiązują niczego.

Podobnie jest w analizowanych ośmiu szpitalach województwa podkarpackiego, gdzie jednak na plan pierwszy wysunął się problem deficytu kadrowego lekarzy specjalistów.

Doprowadziło to według NIK do nieprawidłowości – lekarze dyżurujący na oddziale intensywnej terapii znieczulali jednocześnie na bloku operacyjnym (niekiedy dwóch pacjentów naraz), a także pełnili dyżur na innym oddziale. Wysokospecjalistycznych świadczeń z zakresu intensywnej terapii udzielali lekarze bez specjalizacji przy iluzorycznym nadzorze specjalisty „pod

fot. iStockphoto.com

„Tylko w czterech z ośmiu kontrolowanych szpitali zatrudniano wymaganą liczbę lekarzy anestezjologów”

telefonem”. Znieczulali nieuprawnieni lekarze, którzy nie odbyli co najmniej dwóch lat szkolenia z anestezjologii i intensywnej terapii.

Lekarze anestezjologowie pracowali w szpitalach kilka dób bez przerwy, a jeden lekarz przepracował w ciągu 12 dób. W jednym ze szpitali lekarz dyżurujący na oddziale intensywnej terapii pracował jednocześnie w szpitalnej nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej. Ten dotkliwy deficyt nie dotyczył na szczęście pielęgniarek anestezjologicznych.

W dwóch szpitalach chorzy po zabiegach trafiali bezpośrednio na macierzyste oddziały, a tylko jeden szpital z ośmiu miał zadowalające, zgodne z wymogami wyposażenie bloku operacyjnego i oddziału intensywnej terapii w sprzęt medyczny.

Kontrole NIK ujawniły również (w pięciu szpitalach) rażące braki w dokumentacji okołoperacyjnej, brak podpisów operatorów (w sześciu placówkach), brak grupy krwi pacjenta, brak rozpoznania.

W dwóch przypadkach w dokumentacji okołozabiegowej nie było okołoperacyjnej karty kontrolnej (OKK), a w szpitalu w Strzyżowie w 26 kartach brakowało danych operujących lekarzy. W sumie z ośmiu kontrolowanych szpitali tylko w czterech zatrudniano wymaganą liczbę lekarzy anestezjologów.

Z tym przygnębiającym opisem koresponduje wypowiedź gen. dyw. prof. Grzegorza Gieleraka z 4 kwietnia. Stwierdził on, że w Wojskowej Służbie Zdrowia pracuje 800 lekarzy, a minimalny stan zatrudnienia powinien wynosić 1600 lekarzy. Generał powiedział też, że zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną będzie rosło geometrycznie. Można dodać, że będzie to dotyczyło głównie specjalności zabiegowych, do których należy intensywna terapia.

Jeśli się te skrótowe dane zestawia z aktualną sytuacją za wschodnią granicą województwa podkarpackiego, to ogłoszenie sytuacji alarmowej jest potrzebą chwili.

Wnioski

Wiemy doskonale, że musimy chodzić po ziemi i nie odbudujemy szybko całego systemu opieki zdrowotnej. Ale wobec tego musimy ustalić priorytety.

Priorytetem numer 1 każdego systemu opieki zdrowotnej jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego obywatelom w stanach nagłego zagrożenia utraty życia. A to możemy zapewnić tylko w stacjach pogo-

towania ratunkowego, na SOR-ach, oddziałach intensywnej terapii i blokach operacyjnych zatrudniających zgodną z potrzebami kadrę lekarzy anestezjologów, chirurgów narządowych i ratowników medycznych. Priorytetowe szkolenie tej kadry i stworzenie bodźców motywujących powinno być pierwszym zadaniem ministra zdrowia.

Musimy sukcesywnie stwarzać warunki do podejmowania szkolenia w specjalnościach deficytowych, w szczególności w anestezjologii i chirurgii, zwiększać stale liczbę specjalizujących się lekarzy oraz miejsc rezydenckich, a także poszerzyć możliwości nostryfikacji dyplomu lekarza, w tym dla kolegów z Ukrainy. Powinniśmy także znacznie lepiej wykorzystywać istniejący System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (ramy: Dziedziczne systemy teleinformatyczne systemu informacji w ochronie zdrowia – P4).

Oczywiście OIT-y i bloki operacyjne muszą mieć wystarczającą powierzchnię i wyposażenie. Nie jest właściwe takie postępowanie jak w szpitalu w Biłgoraju (województwo lubelskie), gdzie w nowo wybudowanym skrzydle szpitala zlokalizowano laboratorium analityczne (można było oddać je w outsourcing), a OIT pozostawiono w dziewiętnastowiecznym budynku.

Zapewnienie proporcji 4–5 proc. łóżek intensywnej terapii do ogółu łóżek w sieciowym szpitalu opieki krótkoterminowej to cel na wczoraj, do którego realizacji musimy dążyć za wszelką cenę. Oczywiście trzeba natychmiast dodać, że nie dotyczy to wszystkich istniejących szpitali opieki krótkoterminowej. Ten problem powinna rozwiązać właściwie przygotowana sieć szpitali, która wskaże placówki zobowiązane do posiadania bloku operacyjnego i OIT-u. Równolegle musimy poświęcić maksymalną uwagę adekwatnemu do potrzeb rozwojowi zaplecza w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Biorąc pod uwagę wojnę w Ukrainie, musimy również wszystkimi dostępnymi środkami podwoić kadrę lekarzy wojskowych. Samymi czołgami Abrams się nie obronimy, o wszystkim decyduje czynnik ludzki.

Raport: Akredytacja podmiotów leczniczych

Drugi z omawianych raportów NIK dotyczył akredytacji podmiotów leczniczych. Jest on szczególnie istotny w sytuacji przygotowywanej od kilku lat w resorcie zdrowia ustawy o jakości. Zgodnie z ustawą o akredytacji z 2008 r. certyfikat akredytacyjny przyznaje minister zdrowia na wniosek Rady Akredytacyjnej funkcjonującej w Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie (CMJ).

W procesie przygotowawczym do uzyskania akredytacji CMJ wykorzystywało standardy opracowane w 2009 r., które przez 13 lat (pomimo wniosków Rady Akredytacyjnej) nie były weryfikowane. Problemem

jest to, że zgodnie z raportem NIK przyznawane certyfikaty akredytacyjne nie przekładały się niestety na poprawę jakości usług. W trzech czwartych szpitali objętych kontrolą NIK po uzyskaniu certyfikatu nie zapewniono standardów, które CMJ w trakcie wizytacji uznało za wdrożone. Co gorsza, żaden z kontrolowanych przez NIK szpitali nie prowadził działalności zgodnej ze standardami nawet w okresie uzyskiwania akredytacji. W praktyce akredytacja nie zapewniała trwałego wdrożenia zmian projakościowych.

Szpitalom nie otrzymały również z CMJ jasnych wskazań co do jednolitej interpretacji poszczególnych standardów. W tej sytuacji punktowanie standardów było nieadekwatne do stanu faktycznego. Szpitalom mobilizowały się głównie w okresie wizytacji, zaprzeczając podstawowej idei zarządzania jakością, która w anglosaskim piśmiennictwie określana jest jako *continuous quality improvement* – ciągle doskonalenie jakości.

Minister zdrowia pomimo wniosków Rady Akredytacyjnej nie egzekwował aktualizacji treści standardów w CMJ, nie uzyskał programu naprawczego od jednostki i w praktyce nie prowadził rzetelnego nadzoru nad CMJ. Stosowane przez wizytatorów metody porównywania działalności ze standardami i przyjęte zasady punktowania były praktycznie niemożliwe do zastosowania w czasie przeznaczonym na wizytację. Wynikało to między innymi z faktu, że w CMJ nie wypracowano skutecznych metod sprawdzania realizacji standardów akredytacyjnych. W sumie oceny wizytatorów były uznaniowe, co powodowało, że standard, który w protokole kontroli został zaznaczony jako spełniony, w praktyce w ogóle nie był realizowany.

Podczas kolejnej akredytacji w części szpitali odnotowano nawet pogorszenie standardów, w szczególności w obszarach: prawa pacjenta, diagnostyka obrazowa, odżywianie i kontrola zakażeń. Trzeba podkreślić, że kontrola NIK nie objęła oceny realizacji standardów w najbardziej strategicznym dla szpitala obszarze: zabiegi i znieczulenia, odpowiadającym za ratowanie ludzi w stanach zagrożenia życia, gdzie według danych CMJ stwierdzano najwyższy odsetek niespełnianych standardów. Jednocześnie prawie 40 proc. szpitali objętych kontrolą NIK uzyskało w trakcie ponownych przeglądów akredytacyjnych ocenę niższą niż przy poprzedniej certyfikacji. W podsumowaniu kontroli w raporcie NIK stwierdzono, że zdecydowana więk-

szość szpitali nie zapewniała działalności zgodnej z obowiązującymi standardami.

Warto podkreślić, że z uwagi na otrzymane certyfikaty 17 z 19 szpitali kontrolowanych przez NIK w latach 2018–2019 otrzymało w ramach ryczałtu podstawowego zabezpieczenia szpitalnego dodatkowo 23 mln zł. Jak to się mówi, polskim szpitalom każda kwota się przyda, choć w tym konkretnym przypadku przekazanie pieniędzy było nieuprawnione.

Wnioski

Jeśli porównamy zarządzanie jakością za pomocą akredytacji i certyfikacji ISO, zdecydowanie wygrywa ISO, gdzie opisane sytuacje nie mogą się wydarzyć. Po pierwsze z powodu regularnie prowadzonych audytów kontrolnych obowiązujących przy certyfikacji ISO. Teza ta jest zweryfikowana w praktyce, gdyż po 26 latach funkcjonowania programu akredytacji CMJ zaledwie ok. 180 szpitali uzyskało certyfikat akredytacyjny, a w przypadku ISO liczba tych szpitali zbliża się do 600.

Warto nawiązać do projektu ustawy o jakości przygotowywanej w resorcie zdrowia. Zakłada on likwidację CMJ i powierzenie obowiązku prowadzenia akredytacji podmiotów leczniczych NFZ. Takie rozumowanie jest niebezpieczne, bo może się okazać, że lekarstwo będzie gorsze od choroby.

W żadnym kraju akredytacji podmiotów leczniczych nie powierzono płatnikowi (w jednej instytucji ocena działalności i kontraktowanie świadczeń). Można dyskutować, czy akredytacja ma być dobrowolna (kraje anglosaskie) czy obowiąz-

kowa (Francja), ale jedno nie podlega dyskusji – za tę działalność powinna odpowiadać niezależna instytucja.

Wydaje się, że kiedy przeważa pogląd (między innymi wyrażony w cytowanym raporcie NIK oraz w ministerialnym projekcie ustawy o jakości) o wyczerpaniu możliwości dalszego funkcjonowania CMJ w Krakowie, najlepszym rozwiązaniem w polskich warunkach byłoby powierzenie jego obowiązków Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) w Warszawie w formie jednego z jej niezależnych biur. Alternatywnie można by zlokalizować takie biuro w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego w Warszawie. Należy przypuszczać, że optymalne rozwiązanie tej ważnej kwestii znajdzie miejsce w procedowanej ustawie o jakości.

Dr Maciej Murkowski, wykładowca akademicki na Wydziale Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego

„Oceny wizytatorów były uznaniowe, co powodowało, że standard, który w protokole kontroli został zaznaczony jako spełniony, w praktyce w ogóle nie był realizowany”