

Gospodarz na Miodowej pilnie potrzebny

Sztandarowa trzynastka



fot. images.com/Corbis

Jaki jest los trzynastu największych polskich instytutów zarządzanych bezpośrednio przez Ministerstwo Zdrowia? Delikatnie rzecz ujmując: różny.

Pomimo ogromnych i narastających trudności można stwierdzić, że w wielu szpitalach powiatowych podległych zarządom powiatów, a także tych, których organem założycielskim jest samorząd województwa, następują zmiany na lepsze. Z pewnością przyczynia się do tego dostęp do funduszy unijnych – sporo placówek czerpie z nich pełną garścią. Przede wszystkim korzystnie zmienia się infrastruktura bloków operacyjnych, zaplecza diagnostycznego, powstają także centra urazowe w wybranych szpitalach.

Samorządowy potencjał

Co najważniejsze, pojawiło się wreszcie zrozumienie dla konieczności tworzenia odpowiedniego do potrzeb potencjału łóżek intensywnej opieki, a dobrym prognozykiem jest działalność krajowego konsultanta w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii prof. Krzysztofa Kuszy, dzięki któremu Ministerstwo Zdrowia zdecydowało, iż od 2014 r. nawet najmniejszy OIT musi mieć bezwzględnie co najmniej cztery łóżka.

Równocześnie można zaobserwować kolejne pozytywne procesy w postaci konsolidacji szpitali, tworzenia grup zakupowych, utworzenia – dzięki wysiłkom prof. Fedorowskiego – Polskiej Federacji Szpitali działającej w organizacji HOPE.

Są to głównie tzw. inicjatywy oddolne, wspierane przez władze samorządowe, a niekiedy rządowe (popierana przez ministra Arłukowicza konsolidacja zakładów stacjonarnych).

W resorcie

Jak na tym tle wyglądają strategiczne dla systemu jednostki, jakimi są szpitale kliniczne instytutów resortowych? Obraz ten jest bardzo zróżnicowany.

Resort zdrowia obecnie posiada 13 szpitali klinicznych najwyższego, IV poziomu referencyjnego w następujących jednostkach: Instytut Psychiatrii i Neurologii, Instytut Reumatologii, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Instytut Hematologii i Transfuzjologii, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Instytut Kardiologii w Warszawie (jednostki w Aninie i przy ul. Spartańskiej), Instytut Matki i Dziecka, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki,

Instytut Medycyny Wsi, Instytut Medycyny Pracy w Łodzi oraz Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu.

Jednostki te prowadzą działalność naukową i dydaktyczną, często na europejskim i światowym poziomie, która ze zrozumiałych względów nie jest przedmiotem zainteresowania autora artykułu. Podobnie jednak jak szpitale kliniczne uniwersytetów medycznych, zajmują się również działalnością leczniczą. Ta ostatnia powinna się odbywać, przynajmniej teoretycznie,

„ Niemal wszystkie resortowe jednostki zostały utworzone wiele lat temu, kiedy sytuacja zdrowotna ludności była zupełnie inna niż dziś ”



fot. Agencja Gazeta

„ Ponadstuletni, ciasny i przestarzały obiekt Instytutu Matki i Dziecka dawno już wyczerpał wszelkie możliwości zapewnienia choćby elementarnych warunków funkcjonowania szpitala tak wysokiego poziomu referencyjnego ”

w infrastrukturze o najwyższej jakości w porównaniu z pozostałymi szpitalami. Czy tak się dzieje?

Wszystkie wymienione wcześniej jednostki, poza Instytutem Fizjologii i Patologii Słuchu, zostały utworzone wiele lat temu, kiedy sytuacja zdrowotna ludności była zupełnie inna, gdy głównymi problemami były opieka nad matką i dzieckiem oraz ochrona zdrowia pracujących. W ostatnich 10–15 latach zupełnie inne problemy zdrowotne i demograficzne wysunęły się na plan pierwszy. Mowa tu oczywiście o dynamicznym starzeniu się ludności, zwiększonej liczbie wypadków, wzmożonej zachorowalności na nowotwory i obszarze tzw. małej psychiatrii.

Dla najstarszych i najmłodszych

Logiczną odpowiedzią na te zmieniające się trendy powinna być między innymi sukcesywna i niejako wyprzedzająca zmiana struktur organizacyjnych niektórych instytutów resortowych i ich szpitali klinicznych, np. pilne przełożenie zagadnień reumatologii na zagadnienia rehabilitacji i geriatry (w przyszłości niezbędny instytut geriatry, rehabilitacji i reumatologii). Tak się jednak nie dzieje.

Kolejnym oczekiwanym działaniem byłaby konsolidacja instytutów resortowych skupiających się na opiece nad matką i dzieckiem. Skoro Centrum Zdrowia Dziecka znajduje się w Warszawie-Międzylesiu, tam również powinna być siedziba Instytutu Matki i Dziecka (poprzez konsolidację tych obecnie dublujących się jednostek).

Jak już pisaliśmy w „Menedżerze Zdrowia”, ponadstuletni, ciasny i przestarzały obiekt Instytutu Matki i Dziecka przy ul. Kasprzaka w Warszawie dawno wyczerpał wszelkie możliwości zapewnienia choćby elementarnych warunków funkcjonowania szpitala tak wysokiego poziomu referencyjnego.

Najwybitniejsze w tym zakresie jednostki na świecie (Instytut Matki i Dziecka w Genewie – Włochy, Szpital Kliniczny All Children na Florydzie – Stany Zjednoczone) mają obowiązkowo w swojej strukturze również klinikę położniczą. Założenie jest proste – wysokospecjalistyczna opieka nad dzieckiem powinna się zaczynać już w życiu płodowym.

Na budowie

W Polsce taki nowoczesny wariant będzie po raz pierwszy realizowany z inicjatywy rektora WUM prof. Marka Krawczyka w budowanym przy ul. Banacha w Warszawie Dziecięcym Szpitalu Klinicznym.

Trwają prace przy zainicjowanej przez dr. Macieja Piróga rozbudowie Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie-Międzylesiu, uwzględniające między innymi nowe bloki operacyjne i nowy OIT. Brakuje tylko nowoczesnego pawilonu dla kliniki położniczej, której – niestety – nie ma w planach rozwojowych tej jednostki. Równocześnie istnieją niezwykle dyskusyjne plany adaptacji parteru stuletniego budynku Instytutu Matki i Dziec-

ka przy ul. Kasprzaka na klinikę położniczą. Jest to jeden z najpilniejszych problemów do ponownego przeanalizowania przez kierownictwo resortu zdrowia.

Serce

Innym faktem, obok którego nie można przejść obojętnie, jest sytuacja filii Instytutu Kardiologii w Aninie w lewobrzeżnej Warszawie, która mieści się na 2 kondygnacjach obiektu Instytutu Reumatologii przy ul. Spartańskiej. Filia po tej stronie Wisły jest bardzo potrzebna, natomiast warunki, w których działa, urągają wszelkim – nawet najbardziej elementarnym – standardom i drastycznie odbiegają od warunków Szpitala Klinicznego w Aninie. Dotyczy to w szczególności siermiężnej izby przyjęć, którą stanowią dwa małe pomieszczenia wyposażone tylko w aparaturę do EKG, bez stałego lekarza dyżurnego.

Można śmiało stwierdzić, iż jest to w tej chwili jedna z najgorszych pod względem infrastruktury izb przyjęć w Polsce. Niekorzystnego obrazu dopełniają wieloosobowe (6-, 7-, 8-lóżkowe) sale chorych i ogólny niski standard pomieszczeń (w tym diagnostycznych). Obok Instytutu Reumatologii jest ogromny niewykorzystany teren, na którym dzięki funduszom unijnym (niestety już się kończącym) można by wybudować tak potrzebny obiekt dla filii Instytutu Kardiologii w Aninie.

Do rozwiązania (lepiej późno niż wcale) najważniejszych problemów w sytuacji zdrowotnej ludności konieczne jest jak najszybsze rozszerzenie formuły i zakresu działania Instytutu Reumatologii o problematykę geriatry i rehabilitacji. Gdyby zrealizowano wyżej wymienione propozycje dotyczące filii Instytutu Kardiologii, zyskano by 30–40 proc. powierzchni w szpitalu przy ul. Spartańskiej.

Nowotwór

Rozważenia wymaga również ustanowienie jednego zarządu dla sąsiadujących ze sobą Instytutu Onkologii (zadłużonego na 400 mln zł) oraz Instytutu Hematologii i Transfuzjologii na warszawskim Ursynowie.

Są to oczywiście propozycje nie do końca uporządkowane i przeanalizowane, ich celem jest głównie zwrócenie uwagi decydentów z Ministerstwa Zdrowia, że nie można dalej godzić się na tak siermiężne warunki funkcjonowania najważniejszych polskich szpitali. Potrzebą chwili jest również wprowadzenie korekt struktur niektórych szpitali instytutów resortowych uwzględniających zmieniające się dynamicznie trendy w sytuacji demograficznej i zdrowotnej ludności Polski.

Komisja oceny projektów

Przy okazji chciałbym się podzielić z Czytelnikami kilkoma refleksjami bardziej ogólnej natury. Miałem ogromną satysfakcję pracować jako lekarz wojewódzki w drugiej połowie lat siedemdziesiątych XX w., gdy ministrem zdrowia był niezapomniany prof. Marian Śliwiński.

Jego kadencja (1972–1980) to bezdyskusyjnie najlepsze lata resortu po II wojnie światowej. Może jedną z przyczyn, poza fantastycznymi zdolnościami menedżerskimi ministra Śliwińskiego, był fakt, iż ówczesne grono 49 lekarzy wojewódzkich stanowiło zespół jego najbliższych merytorycznych doradców. Bardzo skutecznie funkcjonował wówczas system lekarza dyżurnego kraju i lekarzy dyżurnych województw.

W Ministerstwie Zdrowia istniała Komisja Oceny Projektów Inwestycyjnych kierowana przez inż. arch. Artura Chwalibogowskiego. Bez jej pozytywnej opinii nie mógł być budowany czy modernizowany żaden szpital w Polsce.

„ Konieczne jest jak najszybsze rozszerzenie formuły i zakresu działania Instytutu Reumatologii o problematykę geriatry i rehabilitacji ”

Nie do pomyślenia byłoby wówczas to, do czego doszło w ubiegłym roku, czyli otwarcie w Słupsku nowego wojewódzkiego szpitala bez oddziału położniczo-ginekologicznego, który przeniesiono do Ustki. Nigdy nie wyraziłby na to zgody Krajowy Nadzór Specjalistyczny, kierowany z ogromną energią przez prof. dr Krystynę Bożkową.

Wszystko to zarzucono jako „skażone komuną”. Niestety, w wylewaniu dziecka z kąpielą nie ma od nas, Polaków, lepszych na świecie. Ale to już historia.

Co teraz robić? Moim zdaniem, pierwszym problemem jest pozyskanie ministra zdrowia o cechach dobrego gospodarza. Dobry gospodarz, wzorem minister Elżbiety Bieńkowskiej, stworzy szybko niezbędne zaplecze eksperckie (zlikwidowane w 1999 r. przez wiceministra A. Rysia), opracuje jedną strategię funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, a do kosza wyrzuci sterty strategii istniejących tylko na papierze. W tę filozofię wpisuje się także niezbędna restrukturyzacja wybranych szpitali klinicznych instytutów resortowych, o czym była mowa wcześniej.

Na koniec trzeba oczywiście podkreślić, że istnieją instytuty i ich szpitale kliniczne, które znakomicie funkcjonują (Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Instytut Kardiologii w Aninie, Instytut Medycyny Pracy w Łodzi), ale jest to głównie zasługa ich kierownictw. Jako autorzy artykułów do „Menedżera Zdrowia” uważamy siebie i naszych Czytelników za rasowych menedżerów, wobec tego nie zajmujemy się tym, co dobre, a próbujemy wpływać na zmianę tego, co pilnie potrzebuje zmian.

Maciej Murkowski