

ODDZIAŁ intensywnych problemów

MACIEJ MURKOWSKI

Ostatnio byliśmy świadkami medialnego zamieszania związanego z długotrwałą – ponaddwuletnią – hospitalizacją na oddziale intensywnej terapii Wojewódzkiego Szpitala w Legnicy męża marszałek Sejmu Elżbiety Witek. Przy tej okazji poinformowano, że takich chorych na OIT w kraju jest 84. Wydawać by się mogło, że w tej sprawie wszystko już zostało powiedziane – tak jednak nie jest. Zabrakło najważniejszego, czyli pogłębionej, krytycznej analizy instytucji odpowiedzialnych za ten stan rzeczy. Sprawa, choć bardzo bolesna dla rodziny pacjenta, dotyczy równocześnie najważniejszej, a nierozwiązanej kwestii opieki stacjonarnej w Polsce.



Od wielu lat w szpitalach opieki krótkoterminowej najbardziej palący problem to sytuacja intensywnej terapii. Jest on wyjątkowo dotkliwy, dlatego że dotyczy możliwości (lub jej braku) skutecznego ratowania pacjentów w stanach nagłego zagrożenia utraty życia.

OIT stanowią jednocześnie ważny element tzw. platformy gorącej szpitala, w skład której wchodzi jeszcze SOR oraz zaplecze zabiegowe i diagnostyczne. Potencjał tej „platformy” wyznacza możliwości do udzielania niezbędnej, wysokospecjalistycznej pomocy pacjentom.

W USA oraz krajach zachodniej i północnej Europy przeciętny szpital „ostry” obsługuje (catchment area) od 300 tys. do 400 tys. osób. Ma w swojej „platformie” SOR, OIT z 25-30 łózkami, blok operacyjny mający od 7 do 9 sal i zaplecze diagnostyczne z rezonansem magnetycznym.

Wskaźnik łóżek intensywnej terapii wynosi w takim rejonie co najmniej 5-6 proc. na 10 tys. mieszkańców. Jednocześnie – co jest bardzo ważne – OIT w wymienionych krajach mają jeszcze tzw. ogniwo pośrednie między nimi a pozostałymi oddziałami szpitala. Są to tzw. oddziały wzmożonej opieki (high dependency units),

prowadzące monitoring chorych oraz nieskomplikowaną terapię wentylacyjną[1].

Wszystkie te jednostki finansowane są na zasadzie absolutnego priorytetu, co wynika z ich funkcji ratowania najbardziej zagrożonych utratą życia pacjentów. OIT odgrywają główną rolę w sprawnym i bezpiecznym funkcjonowaniu szpitali, zwłaszcza w zakresie leczenia zabiegowego[2].

A jak na tym tle wygląda sytuacja w Polsce?

Nie licząc jednostek Ministerstwa Obrony Narodowej oraz Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, mamy 164 257 łóżek szpitalnych, z czego 4057 na OIT. Stanowi to tylko 1,1 łóżka na 10 tys. mieszkańców. Są jednak województwa – na przykład warmińsko-mazurskie oraz wielkopolskie, dolnośląskie i pomorskie – gdzie wskaźnik ten wynosi – odpowiednio – zaledwie 0,8 i 0,9. Najwyższy wskaźnik łóżek na OIT jest w województwie podlaskim – 1,3[3].

Przeciętny pobyt pacjenta na OIT to 9,3 dnia, a średnie wykorzystanie łóżek na tych oddziałach się-



Fot. iStockphoto.com

ga 66,4 proc. OIT w Polsce nie mają formy pośredniej w postaci oddziałów wzmożonego nadzoru. Jedyną pewnego rodzaju formą alternatywną są tzw. kliniki Budzik, gdzie prowadzi się monitorowanie chorych przebywających w długotrwałej śpiączce.

Poza tym ogromnym problemem – kolejnym, a nierozwiązanym od lat – jest niedostateczne finansowanie działalności oddziałów intensywnej terapii. Działalność ratująca życie jest opłacana najgorzej.

Refundacja łóżek na OIT w Polsce pokrywa zaledwie połowę ich rzeczywistych kosztów, niezależnie czy odbywa się na zasadzie punktacji TISS, czy w formie ryczałtu, powodując narastanie długu szpitala. Dopóki się to nie zmieni, dopóty żaden dyrektor nie zdecyduje się na niezbędne zwiększenie liczby łóżek[4].

Odsetek łóżek na OIT powinien stanowić co najmniej 4–5 proc. wszystkich, czyli być kilkakrotnie większy niż obecnie. Takie nowoczesne centra OIT z powodu wysokich kosztów działalności nie mogą być nadal rozliczane za pomocą ryczałtu, tylko według aktualnych cen realizowanych procedur.

Pandemia wykazała dobitnie, że w polskich szpitalach OIT-y są piętą achillesową[5].

Jeżeli przyjmujemy, że bezpieczeństwo zdrowotne ludności powinno być rozumiane jako zapewnienie przez szpital „ostrej” natychmiastowej, wysokospecjalistycznej pomocy osobom znajdującym się w stanach nagłego zagrożenia utraty życia, to polskie szpitale tego kryterium nie spełniają, co ostatnio tak boleśnie pokazała sytuacja w Wojewódzkim Szpitalu w Legnicy.

Poza jakąkolwiek akceptacją społeczną znajduje się fakt śmierci pacjentki z powodu braku możliwości udzielenia mu pomocy przez szpital. Tak się stało w Legnicy, ale – co zwiększa tragizm tej sytuacji – nie jest to niestety przypadek odosobniony.

Co w tej sytuacji należy zrobić?

Niezależnie od dalszego czekania – już od wielu lat – na rzeczywistość, kompleksową reformę systemu opieki zdrowotnej, śmierć pacjentki w Legnicy powinna być dla ministra zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia absolutnie ostatnim dzwonkiem alarmowym. Natychmiastowe niezbędne działania powinny dotyczyć:

- w pierwszym etapie podwojenia liczby łóżek na OIT, poczynając od szpitali klinicznych i wojewódzkich,
- zapewnienia przez NFZ finansowania działalności intensywnej terapii na zasadach absolutnego priorytetu,
- zobowiązania Krajowego Nadzoru Specjalistycznego do opracowania koncepcji wprowadzenia do struktur szpitali oddziałów tzw. wzmożonej opieki,
- objęcia specjalnym priorytetem kształcenia kadr lekarzy i pielęgniarek na potrzeby intensywnej terapii.

W celu sprawnej realizacji tych działań należy dokonać niezbędnej realokacji funduszy w systemie oraz podjąć pilne działania zmierzające do uzyskania (po odpowiedniej decyzji Rady Ministrów) dodatkowych pieniędzy dla ochrony zdrowia.

Sprawa jest tak wielkiej wagi, że należy powrócić do wniosku powołania wicepremiera do spraw polityki zdrowotnej i społecznej.

Równocześnie konieczne jest przeprowadzenie głębokiej restrukturyzacji oraz niezbędnego wzmocnienia fachowego zarówno urzędu ministra zdrowia, jak i centrali NFZ.

Maciej Murkowski, wykładowca akademicki Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego

Piśmiennictwo

1. Krzysztof Kusza – „Pobudka! Koniec z marazmem w ochronie zdrowia”, Maciej Murkowski, „Menedżer Zdrowia 3–4/2021
2. Jarostab Drobniak – „Diabeł tkwi w szczegółach”, Maciej Murkowski, „Menedżer Zdrowia” 4–5/2021
3. Biuletyn Statystyczny Centrum e-Zdrowie 2022
4. „Zarządzanie ryzykiem na oddziale intensywnej terapii — metoda wyznaczania czarnych punktów”, Aleksandra Sierocka, Michał Marczak i Mariusz Piechota, „Anestezjologia Intensywna Terapija” 4/2012
5. Krzysztof Kusza – „Pobudka! Koniec z marazmem w ochronie zdrowia”, Maciej Murkowski, „Menedżer Zdrowia 3–4/2021