



Fot. iStockphoto.com

Chyba nikt nie bagatelizuje już kłopotów związanych z koronawirusem. Wszyscy prześcigają się w nawoływaniach do pozostawania w domu, ściskają kciuki za lekarzy, pielęgniarki, ratowników i innych pracowników medycznych. Obecna sytuacja dobitniej niż cokolwiek wcześniej uświadomiła ludziom potrzebę istnienia sprawnego i wydolnego systemu opieki zdrowotnej. Nic lepiej niż stan epidemii nie skompromitowało takich idei, jak szpitale działające „nie dla zysku” czy „nowatorskie” metody zarządzania bez rezerw i zapasów, rodem z fabryki samochodów. Nagle okazało się, że poza bezproduktywnym w czasie pokoju utrzymywaniem armii, należałoby zapewnić też rezerwy w systemie opieki zdrowotnej.

Nagle wszyscy się przekonują, że zdrowie publiczne w pewnych sytuacjach decyduje o losach państw. To bolesna, ale bezcenna nauka. Żeby z niej skorzystać, musimy jednak przetrwać. Analityk Tomas Pueyo opublikował w portalu „Medium” artykuł pod tytułem „Coronavirus: The Hammer and the Dance. What the Next 18 Months Can Look Like, if Leaders Buy Us Time” [<https://medium.com/@tomaspuoyo/coronavirus-the-hammer-and-the-dance-be9337092b56>], w którym przedstawił różne scenariusze przebiegu pandemii i liczby ofiar w zależności od przyjętych sposobów postępowania. Za najskuteczniejszą uznał strategię „młota i tańca”, zgodnie z którą na początkowym etapie konieczne jest maksymalne tłumienie epidemii, nawet kosztem olbrzymich strat w gospodarce. Wydaje się, że obecne działania i decyzje naszego rządu podążają za tymi założeniami. Jednak jeszcze bardziej istotna jest świadomość celowości takiego działania mimo

gigantycznych kosztów gospodarczych. Nie są to bynajmniej wybory. To olbrzymie poświęcenie ma sens jedynie wtedy, gdy uzyskane opóźnienie w rozwoju epidemii zostanie wykorzystane w celu zwiększenia pojemności systemu. W innym przypadku korzyści będą iluzoryczne. Do ogromnych strat gospodarczych dołożymy olbrzymie straty ludzkie. Ponadto załamanie się systemu opieki zdrowotnej będzie oddziaływało negatywnie nie tylko na osoby zarażone koronawirusem, ale na wszystkich potrzebujących opieki. Ryzyko, że „straty poboczne” (*collateral damage*), jak eufemistycznie mówią Amerykanie, przewyższą straty spowodowane epidemią, jest olbrzymie. Stawka jest naprawdę wysoka. Chyba nie do końca uświadamiamy sobie fakt, że jesteśmy w stanie wojny, tylko nieprzygotowani, nieumundurowani i bez uzbrojenia. Cóż zatem robić? System potrzebuje sprawnych dowódców, którym żołnierze – w tym przypadku medycy – zaufają. Konieczne są odważne i traf-

ne decyzje podejmowane regionalnie w zależności od bieżącej sytuacji. Do tego potrzebne nam są powiatowe sztaby zarządzania kryzysowego, w których główną rolę muszą odgrywać epidemiolodzy, specjaliści chorób zakaźnych i zdrowia publicznego. Działania sztabów powiatowych powinny koordynować sztaby wojewódzkie. Decyzje strategiczne powinien natomiast podejmować sztab krajowy podległy premierowi. Nie możemy przeczekać pandemii w domu. Państwo musi się przestawić na działanie w trybie nadzwyczajnym, ale musi działać. Wiara w sens pracy i poświęcenia pojawi się wtedy, gdy ci, którzy stoją na pierwszej linii, będą czuli oparcie w sile państwa. To państwo odpowiada za jasne rozkazy oraz uzbrojenie i umundurowanie armii.

Jasne rozkazy, uzbrojenie i umundurowanie, organizacja

Po pierwsze – jasne rozkazy, czyli procedury postępowania dla wszystkich rodzajów podmiotów medycznych. To przejrzysty i skuteczny system komunikacji koordynowany przez sztaby kryzysowe, zmieniona sprawozdawczość – ograniczona do danych mających wpływ na przebieg epidemii. To także instrukcje dla instytucji, podmiotów gospodarczych i obywateli oraz jasna i otwarta komunikacja.

Po drugie – uzbrojenie i umundurowanie, czyli zapewnienie wystarczającej ilości niezbędnych materiałów ochrony osobistej, sprzętu medycznego, wyrobów medycznych i leków. Ta wojna nie potrwa miesiąc czy dwa, dlatego zasadne jest przestawienie rodzimej gospodarki na produkcję sprzętu i wyrobów medycznych niezbędnych do zwalczania epidemii, na zamówienie rządu.

Po trzecie – organizacja systemu. Ze względu na olbrzymie deficyty personelu medycznego już wiadomo, że w obecnym stanie organizacyjnym nie damy sobie rady. Uważam, że działalność małych szpitali bez zaplecza diagnostycznego oraz oddziałów intensywnej terapii powinna zostać zawieszona, a ich personel przesunięty do większych szpitali funkcjonujących bez problemów. Praca personelu powinna być zorganizowana w trybie ostrodyżurowym w taki sposób, aby poszczególne obsady nie miały ze sobą kontaktu i jedna zawsze pozostawała poza placówką. Celem takiego systemu pracy jest zapobieganie transmisji zakażenia wewnątrz szpitala i konieczności wyłączenia z powodu kwarantanny lub leczenia całego zespołu. Koszty tych działań, również straty szpitali wyłączonych z działalności, musi pokryć budżet państwa. Aby uratować dziesiątki miliardów w gospodarce, musimy wydać kilka na system opieki zdrowotnej.

To jednak nie koniec. Pandemia nie zatrzyma się po dwóch miesiącach. Zasoby nieuchronnie zostaną zużyte. To dobry moment, lepszy niż jakikolwiek dotąd, aby przemyśleć na nowo kształt systemu opieki zdrowotnej i zasady jego finansowania. Nagle okazuje się, że przewagę gospodarczą zdobywa się dzięki sprawne-

ZDROWIE PUBLICZNE

W PEWNYCH SYTUACJACH

DECYDUJE O LOSACH PAŃSTW.

TO BOLESNA,

ALE BEZCENNA NAUKA

mu systemowi zdrowia publicznego. Wygra ten, kto szybciej upora się z bieżącym zagrożeniem. Świat nie będzie już taki jak przed epidemią. Całe pokolenia będą żyły w cieniu tego doświadczenia. Dla narodów i krajów będzie to punkt zwrotny.

Propozycje alternatywnej organizacji pracy szpitali (wariant zagrożenia epidemiologicznego)

Proponuję wprowadzenie alternatywnego modelu (obok znanego dotychczas) funkcjonowania oddziałów szpitalnych połączonych w departamenty, np. interny, chirurgii. Na czele każdego z nich stoi szef departamentu, a bezpośredni nadzór nad pacjentem sprawują konsultanci (specjaliści poszczególnych dziedzin medycyny, np. diabetologii, kardiologii, endokrynologii, gastroenterologii) z obowiązkami i uprawnieniami obecnych ordynatorów, którzy mają do pomocy lekarzy młodszych, rezydentów. Liczba łóżek w ramach departamentu jest stała, liczba łóżek w ramach dziedziny medycyny – ruchoma. Łóżkami oraz personelem poniżej lekarzy zarządza naczelna pielęgniarka departamentu. Szef departamentu koordynuje pracę całości, organizuje konsylia, konsultuje trudne przypadki, nadzoruje rezydentów (w taki sposób, aby mieli możliwość zapoznania się z różnymi przypadkami).

Taka organizacja pracy zapewnia elastyczność, gwarantuje pacjentom uzyskanie specjalistycznego leczenia bez względu na rodzaj schorzenia i pozwala na lepsze wykorzystanie kadr medycznych. Do leczenia zaburzeń endokrynologicznych nie jest potrzebny oddział diabetologii czy endokrynologii z 4–5 specjalistami, tylko 1–2 konsultantów. Analogiczne zasady mogłyby obowiązywać w przypadku oddziałów zabiegowych, zwłaszcza że obecnie, zgodnie z zaleceniami, mamy do czynienia ze zmniejszeniem liczby zabiegów planowych. Takie rozwiązanie pozwoli na zaangażowanie specjalistów w wąskich dziedzinach medycyny do konsultacji ambulatoryjnych w szerszym zakresie.

Do wprowadzenia powyższych rozwiązań, umożliwiających w pełni efektywną organizację systemu opieki zdrowotnej w czasie epidemii, potrzebne jest zawieszenie lub modyfikacja wymagań zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz odpowiednich zarządzeniach Prezesa NFZ.

Marcin Pakulski