



graf_imagezo/images.com/Cobis

Urzednicy ministerstwa zdrowia i zespól pracowników PZH powinni w pierwszej kolejnošci przemyšleć strategiczny cel tworzenia sieci szpitali, która musi przede wszystkim służyć chorym z najpoważniejszymi potrzebami zdrowotnymi

W sieci niekompetencji

Maciej Murkowski

O ministerialnych pracach i współpracy urzędu ministra z Państwowym Zakładem Higieny w przygotowaniu projektu ustawy o sieci szpitali napisano już bardzo wiele. Najczęściej krytycznie. Do drugiej wersji projektu ustawy zgłoszono już kolejne 532 uwagi. Dlaczego tak się dzieje? Czy dlatego, że większość osób i instytucji alergicznie reaguje na urząd ministra zdrowia? Sądzę, że nie jest jeszcze aż tak źle.

Problem polega na tym, że wiele osób obawia się, czy zaproponowane założenia naprawdę doprowadzą do poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w jego strategicznym obszarze (Patrz ramka: *Poprawa niepapierowa*). Druga obawa dotyczy niektórych projektów rozporządzeń ministra zdrowia, odnoszących się do poszczególnych województw, a dotyczących tzw. *optymalizacji łóżek* szpitalnych. Rodzi się pytanie, czy rzeczywiście resortowe dyrektywy prowadzą do optymalizacji wykorzystania zasobów opieki stacjonarnej (art. 1 projektu ustawy).

Bezpieczeństwo. Ale jakie?

Jeśli zatem mamy zapewnić bezpieczeństwo zdrowotne obywateli oznacza to, iż (w nawiązaniu do art. 6 projektu ustawy o sieci szpitali), do sieci powinny w pierwszej kolejności być włączone szpitale, których działalność gwarantuje udzielenie natychmiastowej, specjalistycznej pomocy w zagrożeniu życia (zadania wymienione we wspomnianej ramce *Poprawa niepapierowa*). Zadania te

szpitala, jak SOR, OIT, OIOK, OION, centralny blok operacyjny, zakład radiologii i tomografii komputerowej oraz zakład radioterapii i chemioterapii z odpowiednim potencjałem łóżek dziennych i stacjonarnych.

Po zrealizowaniu – strategicznego dla sieci I etapu – można dopiero przechodzić do następnych stadiów budowania sieci, obejmujących kolejne, istotne funkcje szpitala opieki krótkoterminowej. W konsekwencji ankieta, o której mowa w art. 37 projektu ustawy, musi się zaczynać od pytania, określającego możliwość zapewnienia przez szpital specjalistycznego postępowania w stosunku do osób znajdujących się w stanach nagłego zagrożenia utraty życia!

Metodologiczne wykopaliska

W kwestii optymalizacji wykorzystania zasobów opieki stacjonarnej, warto zwrócić uwagę na niezwykle trafną wypowiedź dr. Macieja Krzanowskiego z Cieszyna. W jednym ze swoich artykułów zwrócił on uwagę na kontrowersyjny problem potraktowania w materia-

” Autorzy proponowanej metodologii wykorzystania łóżek obserwacyjno-zakaźnych zarekomendowali częściową likwidację łóżek na Śląsku! Czyli tam, gdzie jest ich najmniej ”

dotyczą w praktyce docelowo (w wybranych zagadnieniach) wszystkich szpitali opieki krótkoterminowej oraz regionalnych ośrodków onkologicznych, kardiochirurgicznych, transplantacji narządów, leczenia oparzeń i szpitalnych centrów urazowych (*trauma center*).

Tak postawiony problem wymaga oczywiście (przy kwalifikowaniu szpitali do sieci) nadania najwyższego priorytetu takim jednostkom organizacyjnym

łach Państwowego Zakładu Higieny łóżek obserwacyjno-zakaźnych. Liczba tych łóżek w woj. śląskim kształtowała się na poziomie 1,6 na 10 tys. mieszkańców, a w woj. podlaskim 2,6 na 10 tys. Jednocześnie tam, gdzie było znacznie więcej łóżek, hospitalizowano mniej chorych. W tej konkretnej sytuacji autorzy proponowanej metodologii wykorzystania łóżek zarekomendowali częściową likwidację łóżek na Śląsku! Czyli tam, gdzie



„ Nie do przyjęcia jest projekt likwidacji 200 łóżek w kardiochirurgii ”

jest ich najmniej (i niezmiennie ich liczby na Podlasiu, gdzie jest ich najwięcej). Zdaniem dr. Krzanowskiego oznacza to, że dla autorów metodologii ważniejsza jest historia niż merytoryczny wgląd w potrzeby.

Trudno się z dr. Krzanowskim nie zgodzić, ale problem jest szerszy i dotyczy samych podstaw proponowanej metodologii. Podstaw, bazujących wyłącznie na retrospektywnych analizach hospitalizacji i formule proponowanej przez panią Elżbietę Woźniewską. Nie mogę się powstrzymać, żeby nie zauważyć, że w medycznych naukach podstawowych istnieje dobry zwyczaj sprawdzania opracowanych metodologii na zwierzętach. W tym przypadku jest to niemożliwe, ale dogłębna, krytyczna weryfikacja metody jest konieczna, gdyż rzecz dotyczy *organizmu szpitali opieki krótkoterminowej* w Polsce, czyli struktury zapewniającej bezpieczeństwo zdrowotne obywateli w stanach najbardziej krytycznych.

Warto też zauważyć, że na str. 21 opracowania PZH autorzy stwierdzają (tab.V.0.b), iż *największe nadwyżki łóżek występują w województwach kujawsko-pomorskim i zachodniopomorskim oraz dolnośląskim i wielkopolskim*. Jednocześnie Biuletyn Statystyczny Centrum Systemów Informacyjnych (2004) największe nadwyżki łóżek lokuje – zgodnie z faktyczną sytuacją – w województwach śląskim, łódzkim, lubelskim i podlaskim. Taka rozbieżność potwierdza, że z proponowaną metodą weryfikacji liczby łóżek jest *coś jest nie tak*. Warto zatem, aby zamiast rzeczywistość naginać do metody, pokusić się o działania odwrotne.

Krytyczna analiza

Z prezentowanej przez PZH metodologii do próby krytycznej analizy wybrałem cztery tabele.

1. Tabela 5.1. Optymalna i szacowana liczba łóżek na oddziałach – Polska ogółem (str. 41)

Jako, że jest dokładnie odwrotnie – za niebezpieczne dla systemu uważam sugerowanie istniejącego nad-

miaru łóżek na oddziałach chorób zakaźnych i kardiochirurgii oraz sygnalizowanie deficytu w gastrologii i oddziałach gruźlicy i chorób płuc. Postęp w diagnostyce gastrologicznej jest tak duży, że większość procedur diagnostycznych można obecnie wykonać w trybie hospitalizacji jednodniowej. Poza tym nie ma uzasadnienia, żeby do celów sieci szpitali wyodrębnić oddziały gastrologiczne.

Oddziały gruźlicy i chorób płuc muszą natomiast jak najszybciej zmienić nazwę na oddziały pulmonologiczne. Jeżeli przyjmiemy zasadę hospitalizowania chorych na gruźlicę płuc w wydzielonych ośrodkach (jeden ośrodek dla jednego lub nawet dwóch województw), to zupełnie inaczej (na znacznie niższym poziomie) będą się kształtowały potrzeby na łóżka z zakresu pulmonologii.

Na oddziałach ginekologiczno-polożniczych wskaźnik łóżek kształtował się na poziomie 5,1, a nie 10,1, jak podano w tabeli.

2. Tabela 5.2. Optymalna i szacowana liczba łóżek wg województw – Polska ogółem (str. 42)

Ta tabela (jedna z najważniejszych) wymaga szczególnej analizy. Jak można wytłumaczyć propozycje dążenia do utrzymywania w woj. śląskim współczynnika 56,1 łóżek na 10 tys., lubelskim współczynnika 48,3, w podlaskim 48,1 i świętokrzyskim 46,7, w sytuacji, gdy pierwsze trzy województwa plasują się wśród czterech województw, gdzie od dawna jest najwyższy potencjał łóżek w opiece stacjonarnej? Jak wynika z analizy *Raportu o sytuacji zdrowotnej ludności Polski* (również autorstwa PZH), w Polsce nie obserwuje się zasadniczych różnic w sytuacji zdrowotnej ludności poszczególnych województw. Wydaje się, iż podstawowy błąd, który ujawnił się w tej tabeli (w skali makro), dotyczy błędnego szacunku potrzeb łóżek w poszczególnych profilach specjalistycznych. Tak samo błędne jest oparcie się w analizach wyłącznie na wnioskach dotyczących *hospitalizacji historycznych* (z pominięciem istniejących list osób oczekujących na przyjęcie do szpitala). Np. w sytuacji ewidentnego nadmiaru w Polsce łóżek o profilu gruźlicy i chorób płuc, wskaźniki proponowanej metodologii określają ich deficyt na 310 łóżek. Przy ogromnym nadmiarze łóżek o profilu gruźlicy i chorób płuc w woj. lubelskim formułowane wnioski zmierzają do dalszego zwiększenia w tym województwie dotychczasowego potencjału o 120 łóżek! Jest to całkowicie niezrozumiałe i wymaga pilnej weryfikacji.

3. Tabela 5.8.2. Optymalna i szacowana liczba łóżek na oddziałach onkologicznych (str. 97)

Jest to jedna z kluczowych analiz. Tym bardziej, że często mamy w Polsce do czynienia z bardzo niebezpieczną dla stanu zdrowia pacjentów niemożnością

podjęcia przez wiele ośrodków onkologicznych natychmiastowego leczenia skojarzonego. Przecież listy oczekujących w tej dyscyplinie medycznej to niejednokrotnie wyrok śmierci.

Wnioski prezentowane w tabeli z jednej strony ujawniają deficyt rzędu 1700 łóżek (który do 2012 r. może zwiększyć się o kolejne 660 łóżek!). Jednocześnie występują w analizie PZH województwa (lubuskie, małopolskie, mazowieckie i warmińsko-mazurskie), gdzie istniejący wskaźnik łóżek (0,6–0,8 łóżka na 10 tys. mieszkańców) rzekomo zaspokaja połowę minimalnych potrzeb ludności na onkologiczną opiekę zdrowotną. Tymczasem proponowane wskaźniki PZH postulują dalsze zmniejszenie potencjału łóżek onkologicznych w woj. małopolskim o 40, a w lubuskim o 10 na 10 tys. mieszkańców! W wymienionych materiałach nt. województwa mazowieckiego (gdzie obecnie pacjentki z rakiem szyjki macicy oczekują 3 mies. na rozpoczęcie radioterapii), istnieje nawet propozycja zmniejszenia do 2012 r. liczby łóżek onkologicznych o 100. Jest to nie do przyjęcia i musi być traktowane jako bardzo poważny sygnał skłaniający do gruntownej weryfikacji zastosowanej metody i sfor-

mułowania wniosków dotyczących odpowiedniego zwiększenia potencjału łóżek onkologicznych oraz wspierającego je zaplecza diagnostyczno-zabiegowego w wymienionych województwach.

Również nie do przyjęcia (jako nieuwzględniające dynamiki potrzeb zdrowotnych), są wnioski określające nadmiar łóżek w kardiologii na poziomie 200 oraz neurochirurgii na poziomie 40 łóżek w skali kraju. Prowadzi to do postulowania w proponowanych wskaźnikach zmniejszenia łóżek kardiologicznych w województwie mazowieckim o 80, w wielkopolskim o 40, a w warmińsko-mazurskim (które wszystkich tego rodzaju łóżek ma 30 – do zmniejszenia o 10). To już jest swoiste kuriozum!

Tego typu przykłady można mnożyć. Rzecz w tym, że już pierwszy sygnał powinien skłonić autorów opracowania do weryfikacji metody. Tak się jednak nie dzieje.

4. Tabela 2. Optymalna i szacowana liczba łóżek na oddziałach psychiatrycznych (str. 193)

Danych zawartych w tej tabeli w zasadzie nie powinno się komentować z powodu dokonania wadliwej agregacji łóżek psychiatrycznych w szpitalach psychiatrycznych i oddziałach psychiatrycznych przy szpitalach ogólnych. Określanie w takiej sytuacji globalnego niedoboru *łóżek psychiatrycznych* na poziomie 3930 jest grubym nieporozumieniem. Jakby tego było mało, autorzy opracowania dla woj. lubuskiego, gdzie po wspomnianej agregacji wskaźnik łóżek psychiatrycznych na 10 tys. ludności sięgnął 20,5, proponują dalsze ich zwiększenie o ok. 880. Jest to tak niedorzeczne, że pozostawiam to już bez dalszego komentarza.

Pod rozważę urzędników

Wydaje się, że na tych przykładach można poprzestać. Stanowią one bowiem wystarczający materiał do przemyśleń, tak dla pracowników urzędu ministra, jak i dla zespołu autorskiego PZH.

Wniosek generalny prowadzi do konstatacji, iż sieć szpitali – aby nie pozostała propagandowym sloganem – musi na pierwszym planie postawić funkcję szpitala ratującą życie, funkcję, dla której nie ma alternatywy. Niejako pobocznym (drugoplanowym), celem, który musi być w całości podporządkowany celowi wymienionemu wyżej, jest dążenie do optymalizacji pozostałych zasobów w opiece stacjonarnej. Realizacja tego celu powinna przebiegać przy daleko idącym wykorzystaniu mechanizmów rynkowych w opiece zdrowotnej.

W następnym numerze Menedżera Zdrowia przedstawimy rozważania autora nt. problemu dotkliwego braku zaplecza naukowo-eksperymentalnego dla zagadnień szpitalnictwa w Polsce.

Poprawa niepapierowa

Bezpieczeństwo zdrowotne obywateli rozumiem jako zapewnienie (przez szpital opieki krótkoterminowej) w pierwszej kolejności, natychmiastowej, wyskosp specjalistycznej pomocy dla osób:

- w stanach tzw. nagłego zagrożenia utraty życia, występujących u pacjentów najczęściej w przebiegu urazu wielonarządowego, rozległych oparzeniach oraz w skali masowej w przypadku nagłych zdarzeń (atak terrorystyczny, wypadek masowy, ostre zatrucia, epidemia). Pomoc ta może być zapewniona pod warunkiem funkcjonowania w szpitalu szpitalnego oddziału ratunkowego, oddziału intensywnej terapii, mającego co najmniej 6 łóżek, bloku operacyjnego, mającego co najmniej 3 sale operacyjne i tomografu komputerowego na zapleczu diagnostycznym szpitala,
- z nagłymi incydentami wieńcowymi, wymagającymi zastosowania procedur z zakresu kardiologii inwazyjnej. Wymagany oddział intensywnej opieki kardiologicznej (OIOK) o co najmniej 6 łóżkach i z możliwością wykonania procedur z zakresu kardiologii inwazyjnej, w tym koronarografii,
- w stanach po udarach i wylewach krwi do mózgu wymagających opieki intensywnej. Wymagany oddział intensywnej opieki neurologicznej (OION) z możliwością wykonania w szpitalu badań przy pomocy tomografu komputerowego,
- z chorobą nowotworową wymagającą natychmiastowego zastosowania radioterapii, radykalnego zabiegu operacyjnego lub chemioterapii. Konieczna możliwość wykonania zabiegu operacyjnego z zakresu chirurgii onkologicznej, oraz zastosowania procedur z zakresu chemioterapii i radioterapii (ta ostatnia procedura jest możliwa dotąd głównie w regionalnych ośrodkach onkologicznych i Instytucie Onkologii).

W konsekwencji, niejako w pierwszym rzucie budowy sieci powinny się znaleźć szpitale, które mają możliwości rzeczywistego zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego ludności w obszarach wymienionych wyżej.