



## Za mało łóżek, za mało pieniędzy

W toczącej się obecnie debacie na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej zrodziły się dwa – wydawałoby się – przeciwstawne poglądy. Pierwszy mówi o uszczelnianiu systemu, a następnie zwiększaniu nakładów. Drugi nakazuje zwiększanie nakładów przed wprowadzaniem reformatorskich zmian. Już kilka razy wyrażałem wątpliwości, czy tzw. system opieki zdrowotnej w Polsce w ogóle można nazwać systemem? W większości toczących się dyskusji zbyt wiele jest ogólników i opierania się na tzw. obiegowych sądach oraz niby powszechnie znanych faktach, a tak naprawdę nie porusza się problemów wręcz fundamentalnych. Stwierdza się np., że za dużo jest tzw. łóżek ostrych, a za mało przewlekłych. Kto jednak zna dramatyczne wybory, jakich trzeba dokonywać w szpitalach odgrywających kluczową rolę w udzielaniu świadczeń ratujących życie (i w stanach nagłego zagrożenia zdrowia), zastanawia się nad nikłym zainteresowaniem określenia prawdziwych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, choćby w dziedzinie liczby łóżek intensywnej terapii. Obecnie w naszym kraju istnieje olbrzymi niedobór stanowisk intensywnej terapii, narasta także deficyt specjalistów z tej dziedziny. W szpitalach Poznania i województwa wielkopolskiego stanowiska intensywnej terapii to ok. 1,5 proc. wszystkich łóżek. Tymczasem wg rozporządzenia ministra zdrowia z 1998 r. (dotyczącego standardów w anestezjologii i intensywnej terapii) wskaźnik ten powinien wynosić 2–5 proc. Należy nadmienić, że w krajach Unii Europejskiej wskaźnik stanowisk intensywnej terapii w stosunku do całkowitej liczby łóżek szpitalnych wynosi 6–10 proc.

Tak znaczny niedobór powoduje – zwłaszcza w szpitalach pełniących ciągle ostry dyżur – wykorzystanie łóżek intensywnej terapii w 90–100 proc. (rekomendacje Europejskiego Towarzystwa Intensywnej Terapii wskazują, że obłożenie tych oddziałów nie powinno przekraczać 70 proc.). W efekcie sytuacja zmusza polskich lekarzy dyżurnych do odmawiania przyjęcia pacjentów w krytycznych stanach zagrożenia życia i do szukania dla nich miejsca w innych szpitalach (gdzie sytuacja jest podobna) – to nic innego, jak zmuszanie lekarza dyżurnego do przyjęcia funkcji organizatora służby zdrowia, którego tak naprawdę w naszym kraju nie ma. Stwarza to poważne

zagrożenie życia, a w następstwie może prowadzić do roszczeń sądowych rodzin pacjentów wobec szpitala. Warto też przypomnieć, że ponadnormatywne obłożenie oddziału intensywnej terapii utrudnia leczenie ciężkich zakażeń, uniemożliwiając izolację tych pacjentów (znaczne zwiększenie kosztów leczenia) oraz prowadzenie skutecznej profilaktyki zakażeń, powoduje nadmierną eksploatację drogiej aparatury, przyspieszając konieczność jej wymiany. Na skutek uciążliwej pracy, zwłaszcza podczas dyżurów, wysokospecjalistyczna kadra ucieka do placówek przyjmujących tzw. chorych planowych, gdzie obciążenie pracą i odpowiedzialnością jest znacznie mniejsze, natężenie pracy w święta i niedziele niewielkie, a wynagrodzenie znacznie bardziej atrakcyjne. Odrębnym zagadnieniem o kluczowym znaczeniu dla funkcjonowania szpitali jest problem narastającego deficytu specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii na skutek możliwości pracy w krajach Unii Europejskiej, gdzie także występuje niedobór specjalistów tej dziedziny. W chwili obecnej średnia wieku w tej grupie zawodowej wynosi u nas 50 lat (tu nawet nie potrzeba jakiegokolwiek komentarza).

Stale wzrasta liczba pacjentów wymagających długotrwałego leczenia na oddziałach intensywnej terapii, co wynika ze starzenia się społeczeństwa i rozszerzenia wskazań do leczenia na oddziałach intensywnej terapii. Wzrasta też liczba pacjentów z ciężkimi obrażeniami wielonarządowymi, wymagających wielotygodniowego leczenia na oddziałach intensywnej terapii (liczba ciężkich urazów wielonarządowych jest w Polsce znacznie wyższa niż w krajach Unii Europejskiej). Zwiększa się także liczba pacjentów z ciężkimi zakażeniami (sepsą i wstrząsem septycznym). Dlatego należy podjąć natychmiastowe działania w celu zwiększenia liczby łóżek intensywnej terapii oraz zapewnienia odpowiedniego zakontraktowania przez NFZ nowo powstałych stanowisk. Szacunkowy koszt wyposażenia jednego stanowiska intensywnej terapii – zgodnego ze standardami – to ok. 250–280 tys. zł i żadne uszczelnianie nie przyniesie tutaj jakiegokolwiek poprawy. Potrzeba na to po prostu pieniędzy.

Jacek Łukomski  
przewodniczący Kolegium Redakcyjnego