

Centrum Urazowe, czyli jak się rodzi nowy pomysł

W dniu 17 lipca 2009 r. Sejm ostatecznie przyjął nową Ustawę o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Jej celem jest stworzenie ram prawnych do zorganizowania w Polsce centrów urazowych (CU), które we współpracy z Państwowym Ratownictwem Medycznym miałyby zabezpieczyć szybką diagnostykę i kompleksowe leczenie „pacjentów urazowych” w jednym, wysoko specjalistycznym szpitalu. Centra te stanowią również bazę dydaktyczną i szkoleniową dla wprowadzania światowych standardów w dziedzinie ratownictwa medycznego. Założeniem przedsięwzięcia jest również zmniejszenie globalnych kosztów ratownictwa medycznego poprzez skupienie jego wyposażenia i finansowania w niewielkiej liczbie ośrodków, ale za to dobrze wyposażonych i obsadzonych wykwalifikowaną kadrą.

Nie mury ani kubatury

Ważne jest podkreślenie, że centra urazowe będą lokowane w istniejących placówkach, które podejmą nowe zadania głównie poprzez „wydzielenie i funkcjonalne zorganizowanie struktur szpitala”, a nie przez tworzenie nowych podjednostek. Osią działania będzie utworzenie „zespołu urazowego”, złożonego z określonych specjalistów. Będzie on utrzymany w gotowości do podjęcia natychmiastowych i zintegrowanych działań – od poziomu SOR do skomplikowanych, wielospecjalistycznych procedur diagnostycznych i leczniczych. Ustawa precyzuje, że aby kandydować do roli CU szpital musi współpracować z publiczną uczelnią medyczną, posiadać SOR, lądowisko śmigłowca, oddział anestezjologii (z możliwością utrzymania w gotowości dwóch stanowisk intensywnej terapii i jednej sali operacyjnej), utrzymywać całodobową dostępność do kardiologii inwazyjnej, diagnostyki i interwencji endoskopowej. Ponadto, powinien po-

siadać w swojej strukturze oddziały: chirurgii ogólnej, ortopedii, neurochirurgii i chirurgii naczyń, jak też dysponować dostępnymi przez całą dobę specjalistami w dziedzinach: kardiologii i torakochirurgii.

Jeżeli dodać do tego wymóg, aby cała ta infrastruktura mieściła się w jednym kompleksie budowlanym (tzw. kubaturze – co za okropne słowo, którego nie cierpię, a którym muszę się ostatnio bez przerwy posługiwać), to widać, że nie każdy szpital, nawet akademicki, może aspirować do podjęcia się tych zadań.

Tylko kliniczny

W chwili pisania tego tekstu trwają prace nad wyłonieniem optymalnej liczby i lokalizacji CU. Przyjmuje się, że każde centrum powinno obsługiwać populację przynajmniej 1 miliona (optymalnie 2 milionów), zamieszkałą na takim obszarze, aby możliwe było dotarcie doń z miejsca zdarzenia w ciągu maksimum 1,5 godziny. Na terenie każdego województwa może działać jedno centrum, ale na cały kraj będzie ich tylko od 10 do 12.

W naszym regionie jedynie USK spełnia wszystkie wymagane kryteria, zatem nie dziwi, że wojewoda podlaski zwrócił się do władz uczelni i szpitala, a także do konsultantów wojewódzkich w wymaganych dziedzinach, z propozycją rozpatrzenia możliwości ulokowania podlaskiego CU w naszym szpitalu. Jednakże podjęcie ostatecznie pozytywnej decyzji w tej sprawie wcale nie było takie oczywiste i wymagało solidnego namysłu i kalkulacji. Jak zwykle idea jest piękna i pociągająca, ale każdy doświadczony manager od razu szuka możliwych problemów.

Tym, co kusi, jest obietnica przyznania znacznych środków na organizację centrum i doposażenie placówki, a także odnośny przepis ustawy, który mówi, że zarówno minister ds. zdrowia, jak też jednostki samorzą-

du „mogą” (ale nie muszą – podkr. Z.M.) finansować inwestycje związane z dalszą działalnością Centrum. Przewiduje się także wydzielenie dodatkowego strumienia finansowania świadczeń „ratowniczych”. Jednakże nic dzisiaj nie wiadomo. Szczególnie niepokoi, że sprawa ustalania wysokości stawek i rozdziału na poszczególne województwa została w ustawie powierzona do każdorocznych wspólnych ustaleń ministrów zdrowia i finansów. Wprawdzie ustawa proponuje w tym celu dość skomplikowany algorytm, ale nietrudno przewidzieć, że słabe populacyjnie województwo podlaskie stałoby w tych kalkulacjach raczej na pozycjach niekorzystnych. Ponadto, sumę przewidzianą na finansowanie CU zobowiązany będzie wydzielić ze swoich środków lokalny oddział funduszu zdrowia. Niestety, brak jest pewności, czy zawsze jego zarząd oprze się sugestiom w kierunku niejakiego pomniejszenia „normalnego” finansowania szpitala klinicznego w imię bardziej „sprawiedliwej” dystrybucji środków w skali województwa. A tak naprawdę, pod naciskiem odpowiedzialnych za swoje placówki terenowe starostów i marszałków, posiadających zwykle odpowiednie przełożenie polityczne.

Koszty pewne, przychody nieznane

Pytania tego typu i wątpliwości nie są wcale banalne, ponieważ funkcjonowanie CU powodować będzie określone i wcale niemałe koszty stałe, które przy małej populacji niekoniecznie muszą być pokryte liczbą sfinansowanych świadczeń, nawet i dobrze płatnych. Przecież utrzymanie „pod parą” zespołów dyżurnych, sal operacyjnych, respiratorów, zaplecza diagnostycznego, etc., musi kosztować niemałe pieniądze, zwłaszcza że wysokiej klasy specjaliści, znieślawieni i przeciągnięci ostatnio przez sądy i więzienia, stali się mniej wrażliwi na argumenty o „misji”,



za to domagają się stawek odpowiadających ich kwalifikacjom.

Doświadczenie ordynatora oddziału neurochirurgii każe dostrzec jeszcze jedno niebezpieczeństwo. Bramy szpitala funkcjonującego jako CU – z założenia – muszą być szeroko i bezwarunkowo otwarte dla każdego pacjenta z ciężkim urazem wielomiejscowym. Jednakże wielu z tych chorych, po udzieleniu pomocy kwalifikowanej, wymagać będzie długotrwałego leczenia ogólnego, a część z nich pozostanie w stanie wymagającym opieki lekarskiej przez lata lub nawet do końca życia. Tymczasem szpitale odmawiają przyjmowania pacjentów, którzy nie wymagają już leczenia w specjalistycznych klinikach. Przekazanie takiego chorego do jakiegokolwiek szpitala terenowego wymaga całej ekwilibrystyki: dopasowywania na siłę rozpoznań i procedur, korzystania z osobistych kontaktów, zawiadomienia rodziny chorego, itp. A wszystko, dlatego że system finansowania zakłada kompletne wyleczenie pacjenta w ramach raz opłaconej w szpitalu klinicznym procedury. Koszt dziennego pobytu takiego pacjenta w szpitalu klinicznym to, co najmniej, kilkaset złotych i już dzisiaj problem ten w znacznym stop-

niu rzutuje na ekonomię klinik i całego szpitala. Ponieważ nowa ustawa nawet nie wspomina o działaniach logistycznych, tworzących terenowe zaplecze dla centrów urazowych, istnieje realna obawa o powstanie nowych kosztów, ale również o możliwość unieruchomienia nie tylko systemu ratownictwa, ale wręcz niektórych klinik szpitala.

Tak więc podjęcie decyzji o zadeklarowaniu USK-a jako potencjalnego centrum urazowego nie należało do łatwych i oczywistych. Ale tak już bywa z decyzjami o znaczeniu strategicznym, że nie sposób przewidzieć ich wszystkich aspektów i dalekosiężnych skutków. Złożona przez uczelnię i szpital pozytywna deklaracja nie oznacza jednak, że klamka już zapadła. Przede wszystkim nie jest jeszcze pewne, że USK zostanie w tej roli zaakceptowany, pomimo że spełnia wszystkie podane w ustawie kryteria. Na ostateczną decyzję wpływ mogą mieć dane dotyczące obsługiwanej populacji, jak też plan ogólnopolskiego rozlokowania sieci tych ośrodków. Być może w tym czasie ministerstwo wyda odpowiednie rozporządzenia i pojawią się bliższe informacje, określające finansowe warunki funkcjonowania centrów urazowych.

Unio, narzuć nam standardy!

Na koniec, pośrednio na kanwie tej sprawy, nie mogę sobie odmówić nieco ogólniejszej refleksji. Często, gdy dyskutuję z eurosceptykami, to mówię, że mniej ważne są otrzymywane z Unii pieniądze, a bardziej liczą się narzucane nam standardy. Krajowy system centrów ratownictwa to standard unijny, a odnośna ustawa od razu precyzuje należne do spełnienia warunki. To, że z tych środków ani centa nie mogą uszczknąć rozmaite nieuprawnione publiczne i prywatne placówki medyczne, nawet te kierowane przez obrotowych menadżerów i wspierane przez politycznie umocowane władze lokalne. Ale ze „zwykłą” medycyną i strumieniem poważnych pieniędzy, przepływających przez system jej finansowania, jest już całkiem inaczej. W Polsce np. działa już prawie 80 oddziałów neurochirurgii i od kilkunastu lat na zebraniach zarządu naszego Towarzystwa słyszę narzekania kolejnych konsultantów wojewódzkich, że na ich terenie coraz to nowy powiat funduje sobie neurochirurgię, za nic mając jakiegokolwiek wskaźniki i określone na całym świecie standardy, przewidziane dla takich oddziałów. Po prostu, neurochirurgia w wersji podstawowej ma dobre stawki finansowania i względnie niskie koszty, co zmienia się na niekorzyść dopiero, jeżeli uprawia się poważną neurochirurgię. No, ale ta jest domeną klinik akademickich, z których wiele nie otrzymuje wystarczającego kontraktu i jest poważnie niedoinwestowanych, bo przecież społeczne środki muszą iść na wyposażenie blisko setki często kalekich oddziałów, obsadzonych przez jednego lub dwóch specjalistów. Jak słyszę, podobna sytuacja jest i w innych, zwłaszcza bardziej dochodowych dziedzinach medycyny. Dobrze więc, że Unia chociaż trochę uczy nas rozumu i próbuje narzucić standardy zgodne z rozsądkiem i finansową kalkulacją. Jak jednak znam rodzime realia, może ta Europa i w tym przypadku trochę się zdziwić.

Zenon Mariak

Prof., kierownik Kliniki Neurochirurgii UMB.

Bogusław Poniatowski

Dr n. med., dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku.