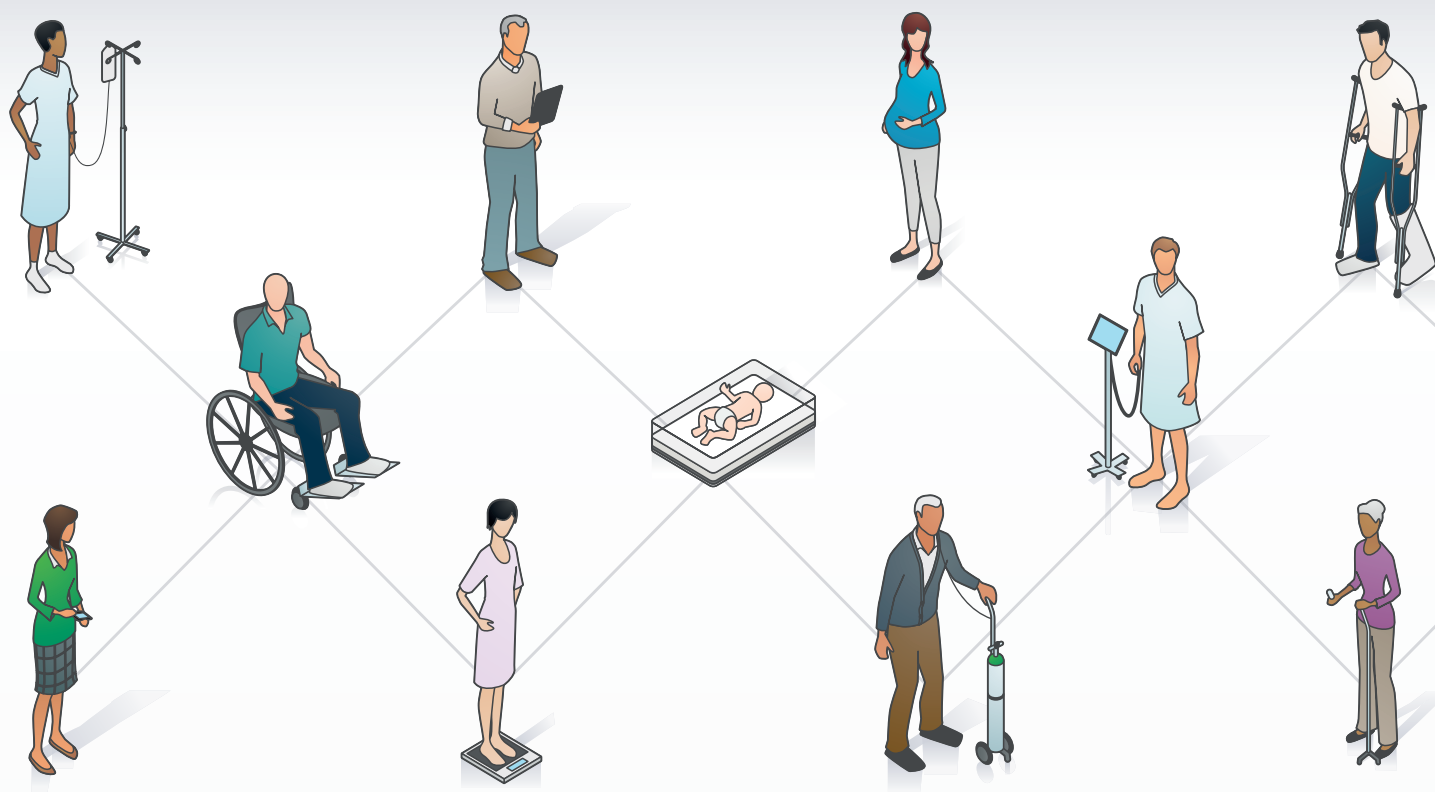


Mapy potrzeb zdrowotnych



Diabeł tkwi w szczegółach

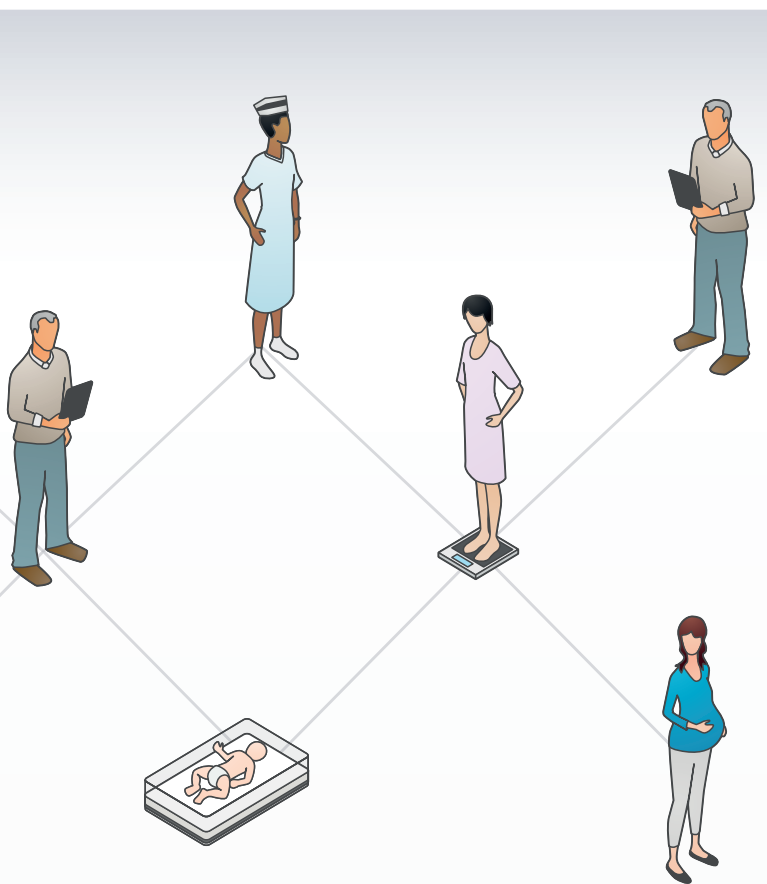
Jednym z głównych tematów tegorocznej konferencji *Hospital Management – Wyzwania 2015* będą mapy potrzeb zdrowotnych. Jest to doskonały moment do rozpoczęcia dyskusji nad tym nowym, interesującym tematem.

Warto przypomnieć, że od 26 marca obowiązuje rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych (Dz. U. RP z 30 marca 2015 r. poz. 458). Kompleksowa analiza tego rozporządzenia nie jest oczywiście celem tego artykułu. Do wspólnej dyskusji z czytelnikami „Menedżera Zdrowia” i uczestnikami tegorocznego *Hospital Management* wybrałem tylko jedną z trzech części regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych, dotyczącą analizy stanu i wykorzystania zasobów, głównie stacjonarnych (szpitali). Pozostałe dwie części paragrafu 1 rozporządzenia, tj.

analiza demograficzna i epidemiologiczna oraz prognoza potrzeb zdrowotnych, mają swoje naukowe instrumentarium i problem sprowadza się do jego rzetelnego zastosowania.

Planowanie zasobów

Inaczej jest z problemem analizy i prognozy zasobów opieki zdrowotnej, w tym głównie stacjonarnych (szpitale dzienne, szpitale krótko – i długoterminowe, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, zakłady opieki terminalnej). Przy opisie proponowanego instrumentarium użytecz-



nego do analizy zasobów szpitali cytowane rozporządzenie odwołuje się do analiz aktualnego współczynnika chorobowości szpitalnej, zakresu udzielanych świadczeń, liczby i rodzaju oddziałów szpitalnych, liczby łóżek szpitalnych, średniego czasu pobytu w szpitalu i średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia stacjonarnego. Ten ostatni element jest jedynym wiarygodnym kryterium nawiązującym do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych ludności, którego wykorzystanie powinno być bardzo pożyteczne dla jakości przyszłych map.

Poważna obawa

Istnieje jednak bardzo poważna obawa, że do prognozowanej liczby osobodni hospitalizacji, liczby łóżek i oddziałów szpitalnych oraz prognozowanej liczby potrzebnych łóżek innych niż szpitalne zostaną wykorzystane w całości analizy dotyczące aktualnej sytuacji zasobów szpitalnych. Musimy zdawać sobie sprawę, że obecny stan zorganizowania polskiej opieki stacjonarnej jest daleki od potrzeb i tylko w części odpowiada na aktualne, a przede wszystkim przyszłe potrzeby zdrowotne ludności.

Stan infrastruktury stacjonarnej jest przede wszystkim wymuszony przez 12-letnią politykę monopolu Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), który w wyniku stosowania błędnych priorytetów w zakresie finansowania szpitali niejako „zabetonował” istniejącą od lat, wadliwą strukturę i profil świadczeń. Na czym polegają główne wady obecnej sytuacji?

Brak szpitali i oddziałów dziennych

W Polsce w przeciwieństwie do USA, Europy Zachodniej i Skandynawii z powodu braku odpowiedniego finansowania prawie nie ma wydzielonych szpitali i oddziałów dziennych. W 2013 r. posiadaliśmy zaledwie 5065 łóżek do opieki dziennej (w tym zaledwie 5 geriatrycznych). Nawet w tak prestiżowej inwestycji jak budowany przez Warszawski Uniwersytet Medyczny Szpital Kliniczny dla Dzieci przy ul. Banacha łóżka do hospitalizacji dziennej są rozproszone w poszczególnych klinikach. Tymczasem w odniesieniu do populacji dziecięcej w Europie Zachodniej w szpitalach dziennych realizowanych jest od 60 do 70 proc. procedur zabiegowych.

„Stan zorganizowania opieki stacjonarnej w Polsce jest niezadowalający i tylko w części odpowiada na obecne, a przede wszystkim przyszłe potrzeby zdrowotne ludności”

Szczególnie dotkliwy w zderzeniu z narastającymi lawinowo potrzebami zdrowotnymi jest także niedorozwój dziennych oddziałów psychiatrycznych i dziennych oddziałów geriatrycznych.

Zadania szpitali „ostrych” w zakresie medycyny ratunkowej

Kolejny bardzo poważny problem to zdolność istniejących szpitali „ostrych” do wykonywania zadań z zakresu medycyny ratunkowej. Zadania te są realizowane głównie przez niedostatecznie finansowane szpitalne oddziały ratunkowe wsparte odpowiednim zapleczem diagnostycznym i zabiegowym oraz oddziały intensywnej terapii (OIT). I tutaj zaczyna się dramat. Fatalna wieloletnia polityka finansowa NFZ w zakresie niedofinansowania OIT doprowadziła do tego (według Niżankowskiego), iż zamiast co najmniej 5 proc. potencjału łóżek OIT w poszczególnych województwach mamy zaledwie od 1,2 proc. w Polsce północnej do 0,4 proc. w Polsce południowo-zachodniej („Biuletyn Statystyczny CSIOZ” z 2013 r.). Średnio w Polsce mamy zaledwie 0,9 łóżka intensywnej terapii na 10 000 mieszkańców!

Jeżeli przyjmujemy, że bezpieczeństwo zdrowotne obywateli powinno być rozumiane jako zapewnienie przez szpital ostry natychmiastowej wysokospecjalistycznej pomocy osobom znajdującym się w sytuacjach

nagłego zagrożenia utraty życia, to ten dramatyczny obraz można skomentować jednym wnioskiem: nasze szpitale „ostre” nie mają możliwości zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego ludności.

Jak słusznie podkreśla prof. Drobniak, były konsultant krajowy w zakresie intensywnej terapii: „oddziały intensywnej terapii odgrywają kluczową rolę w sprawnym i bezpiecznym funkcjonowaniu szpitali, zwłaszcza w zakresie leczenia zabiegowego”. I dalej: „stale rosnąca w szpitalu liczba łóżek w oddziałach intensywnej terapii poszerza możliwości chirurgicznego leczenia chorych ze zwiększonym ryzykiem i wymagających rozległych operacji”.

Niezależnie od nierozwiązania tego kluczowego problemu dotyczącego wszystkich szpitali „ostrych” w systemie stacjonarnej (ostrej) opieki zdrowotnej funkcjonują również tzw. wysokospecjalistyczne ośrodki regionalne, do których dołączyły ostatnio regionalne centra urazowe (CU; *trauma center*). W tym zakresie zupełnie niewytłumaczalny jest fakt, że sieć CU ominęła tak ważny ośrodek na mapie Polski, jak Szczecin.

Niedorozwój ośrodków leczenia oparzeń

Bardzo niekorzystna jest sytuacja, jeśli chodzi o zaspokojenie potrzeb w zakresie wysokospecjalistycznego leczenia oparzeń na poziomie regionalnym. Wyrzuciła nas nawet Białoruś. Pomimo traumatycznych doświadczeń w tym zakresie w aglomeracji gdańskiej, nie mamy żadnych możliwości udzielania pomocy potrzebującym.

Zapaść w internie, ograniczone zasoby w hematologii

Następny problem, dotyczący wszystkich szpitali opieki krótkoterminowej, obok którego nie można przejść obojętnie, to zapaść w zasobach polskiej interny. I znów posmakowaliśmy gorzkich owoców długoletniej wadliwej polityki finansowej NFZ, sukcesywnie ograniczającej fundusze dla najważniejszej dyscypliny w medycynie. Interniści od kilku lat uprzedzali o zagrożeniu, a dzisiaj ich zdaniem mamy już zapaść, co potwierdza Katarzyna Rożko w artykule zamieszczonym w portalu Rynek Zdrowia (13 maja 2015 r.). Autorka podkreśla, że dwa lata temu środowisko internistów głośno mówiło o zagrożeniu, które stwarza niska wycena procedur internistycznych.

Według dr. Stopińskiego, wojewódzkiego konsultanta interny na Mazowszu: „teraz nie ma już co mówić o zagrożeniu, bo jesteśmy w samym środku sytuacji, która zagraża tysiącom pacjentów. Na Mazowszu interna dysponuje 3,5 tys. łóżek – to jest 14 proc. wszystkich łóżek na Mazowszu. Interna jako praktycznie jedyna w chwili obecnej kompleksowo leczy pacjentów wieloprofilowych, a płatnik płaci za jedną procedurę. Interna jest wentylem bezpieczeństwa dla całego sys-

„Szczególnie dotkliwy w zderzeniu z lawinowo narastającymi potrzebami zdrowotnymi jest niedorozwój dziennych oddziałów psychiatrycznych i dziennych oddziałów geriatrycznych”

temu opieki zdrowotnej, a właśnie doznaje zapaści”. Konsultant słusznie apeluje o pilne opracowanie nowych kryteriów finansowania świadczeń na oddziałach wewnętrznych.

Z poważnym deficytem zasobów, a jednocześnie stałym wzrostem potrzeb zdrowotnych boryka się również hematologia. W skali kraju wskaźnik łóżek hematologicznych nie przekracza 0,3 na 10 000 ludności (warmińsko-mazurskie – 0,1, łódzkie i wielkopolskie – 0,2).

Korekta w onkologii

Kolejne wnioski dotyczące niezbędnych zmian w zasobach dotyczą onkologii. Tutaj kierunek wyznacza opracowany w czerwcu ubiegłego roku pod kierunkiem prof. Jassema tzw. *cancer plan*, czyli „Strategia walki z rakiem w Polsce 2015–2024”, zgodnie z którą w najbliższych latach trzeba będzie położyć główny akcent na rozwój oddziałów dziennych w tej dziedzinie, w tym oddziałów szybkiej diagnostyki, radioterapii, chemioterapii i leczenia bólu.

Rewizja zasobów stacjonarnych

W takich specjalnościach, jak dermatologia, gastroenterologia i okulistyka, również opierając się na przykładzie krajów rozwiniętych, powinniśmy się koncentrować na dziennych oddziałach szybkiej



„Liczne organy założycielskie szpitali w województwach będą na pewno stanowiły bardzo poważną barierę w merytorycznym przygotowaniu map potrzeb zdrowotnych”

diagnostyki (do tej pory niefinansowanych przez NFZ) i chirurgii jednego dnia (okulistyka, chirurgia dziecięca, urologia i laryngologia). Większość krajów zachodniej Europy, a wcześniej USA przeniosły w 99 proc. leczenie chorób skóry do poradni specjalistycznych. W Polsce te pozytywne trendy można zaobserwować jedynie w jednostkach centralnych (np. Klinika Dermatologiczna w Centralnym Szpitalu Klinicznym MSW ma 6 łóżek). Niestety, w kraju finansujemy 1743 łóżka na oddziałach dermatologicznych zlokalizowanych głównie w szpitalach wojewódzkich i niektórych powiatowych.

Obserwowana w ostatnich latach dynamika starzenia się społeczeństwa nie ma odzwierciedlenia w bazie rehabilitacji dziennej i stacjonarnej oraz sieci oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych zlokalizowanych w ZOL i ZPO. Pomimo osiągnięcia w infrastrukturze stacjonarnej rehabilitacji wskaźnika 4,3/10 000, co stanowi liczbę bezwzględną 16 471 łóżek (jedna trzecia potrzeb), nadal codziennie są sytuacje, że na łóżko na oddziale rehabilitacji w Szpitalu Powiatowym w Wolsztynie (Wielkopolska) czeka się 12 miesięcy! Nie lepsza jest sytuacja w stolicy, gdzie nieliczne oddziały rehabilitacji neurologicznej daleko przekraczają 100 proc. wykorzystania istniejących łóżek.

Łączne zasoby ZOL i ZPO wynoszące w 2013 r. 28 620 miejsc również są zdecydowanie niewystar-

czające. Nieco lepsza jest sytuacja w zasobach opieki terminalnej (łącznie 2242 łóżka, w tym 1307 w hospicjach i 935 na oddziałach opieki paliatywnej).

Rzetelność

Rację ma Anna Janczewska-Radwan, która napisała w ostatnim numerze „Menedżera Zdrowia”: „rzetelne przygotowanie map potrzeb zdrowotnych w ujednoliconej formie pozwoli z pewnością na dostosowanie zasobów ochrony zdrowia do zweryfikowanych potrzeb zdrowotnych obywateli w każdym województwie i w całym kraju, lepsze zaplanowanie finansowania świadczeń zdrowotnych oraz powinno być przyczynkiem do właściwej ich wyceny”. W tym miejscu chciałbym jednak zgłosić istotne zastrzeżenie. Otóż ta niezbędna weryfikacja potrzeb zdrowotnych może tylko w sposób ograniczony bazować na analizie istniejących w systemie zasobów, które bardzo często (jak próbowano pokazać wyżej) są nieracjonalne i nieadekwatne zarówno do potrzeb zdrowotnych ludności, jak i do funkcji nowoczesnego systemu opieki zdrowotnej.

Ta wyrażona przeze mnie obawa ma między innymi uzasadnienie w opracowywanej przed 10 laty koncepcji sieci szpitali dla ministra Religi. Wówczas przy prognozie sieci szpitali bazowano głównie na analizach istniejącej infrastruktury oddziałów szpitalnych (pomijając np. najważniejsze oddziały OIT), co dało niekorzystne rezultaty.

W podsumowaniu warto nawiązać do rozmowy z Adamem Kozierkiewiczem („Menedżer Zdrowia” 3/2015), który mocno akcentuje, że „za reprezentanta społeczności lokalnej uznajemy marszałka województwa, zdając sobie jednak sprawę, iż obecny system ochrony zdrowia mocno mu utrudnia odgrywanie roli gospodarza”.

Liczne organy założycielskie szpitali w województwach będą na pewno stanowiły bardzo poważną barierę w merytorycznym przygotowaniu map potrzeb zdrowotnych. Również z tego powodu zadanie to powinno się powierzyć fachowcom i maksymalnie ograniczyć ingerencję polityków.

Maciej Murkowski
Autor jest nauczycielem akademickim
w Wyższej Szkole Infrastruktury i Zarządzania,
Wyższej Szkole Menedżerskiej w Warszawie.