

BEZ MAP ANI RUSZ

Rozmowa z Adamem
Kozierkiewiczem,
ekspertem ochrony zdrowia

Czym grożą nam opóźnienia w rysowaniu map polskich potrzeb zdrowotnych?

Za pierwszy etap tego przedsięwzięcia odpowiada Ministerstwo Zdrowia, które prowadzi prace od wielu miesięcy. Nie znamy jednak ich efektów, a w niektórych miejscach systemu już odczuwamy ten brak. Bo mapy, według przyjętego przez nas prawa, powinny się stać podstawą przyszłego, odkładanego z roku na rok kontraktowania. Będą też podstawą do dystrybucji pieniędzy na ochronę zdrowia w nowej unijnej perspektywie finansowej na lata 2014–2020. Krótko mówiąc – w świetle obowiązującego prawa mogą być kłopoty z przeprowadzeniem kontraktowania, a o dystrybucji pomocy unijnej nie ma co myśleć.

Czy to oznacza, że pieniądze unijne nam przepadną?

Nie, nie przepadną. Perspektywa ich dystrybucji sięga roku 2022. Teoretycznie czasu jest więc dużo. Ale każde opóźnienie w tworzeniu map potrzeb zdrowotnych przekłada się na opóźnienie składania wniosków, procesu ich rozpatrzenia, wreszcie wypłaty funduszy. Komisja Europejska – tak jak się umówiła z polskim rządem – pozwoli na rozpisanie konkursów w ochronie zdrowia z mapami potrzeb w rękę. Opóźnienia w ich opracowaniu oznaczają automatycznie opóźnienia w przekazaniu pieniędzy na inwestycje w Polsce.

Bez map nie będzie też kontraktowania?

Zgodnie z obowiązującymi przepisami nie powinno do niego dojść. Z artykułu 131b.1 ustawy znowelizowa-

nej w zeszłym roku wynika, że dyrektorzy oddziałów powinni sporządzić tzw. plany zakupów świadczeń na następny rok, który ma uwzględnić mapę regionalną i priorytety regionalnej polityki zdrowotnej określone przez wojewodów na podstawie tej mapy. Zatem do sporządzenia planu zakupów potrzebna jest mapa, a bez planu zakupów chyba nie można przeprowadzić kontraktowania. Zresztą należy zaznaczyć, że chodzi o zawieranie kontraktów długoterminowych w szpitalach, np. dziesięcioletnich. Mapy powinny stanowić ich solidną podstawę.

Czyli bez map ani rusz? Grozi nam kolejne aneksowanie?

To prawdopodobny scenariusz. Prawdopodobny i przez wiele podmiotów wielce niepożądany. Aneksowanie oznacza bowiem w praktyce petryfikację *status quo*. Równocześnie nowe placówki, oddziały szpitalne, inwestycje w kadry i sprzęt poczynione przez rozmaite podmioty w ostatnich latach zasługują na to, by dostać szansę na kontrakt. Zwraca na to uwagę choćby Marek Wójcik, wiceminister administracji i cyfryzacji, wcześniej związany z ochroną zdrowia ekspert Związku Powiatów Polskich.

Skoro mapy są tak ważne, dlaczego tak długo trwa proces ich tworzenia?

Generalnie od analizy danych do podejmowania wiążących decyzji jest bardzo daleka droga. Może być także

problem z przełożeniem obserwacji quasi-epidemiologicznych opartych na danych NFZ na bezpośrednie wskazanie, czego i ile powinniśmy kupić w systemie. W szczególności dlatego, że liczne „produkty” w ochronie zdrowia są substytucyjne, czyli mogą się zastępować. Takim przykładem jest chemioterapia onkologiczna wykonywana w trybie szpitalnym lub ambulatoryjnym. Jest bardzo cienka granica, wyznaczana przez stan kliniczny pacjenta, która powoduje, że pacjent powinien zostać w szpitalu zamiast pójść po chemii do domu. Jak zatem określić w oficjalnym, wiążącym dokumencie, ile powinno być chemii w trybie ambulatoryjnym, a ile w szpitalnym? Tego typu dylemat zaś powinien rozstrzygnąć NFZ, określając plan zakupów. Ministerstwo Zdrowia może mieć także wątpliwości co do jakości danych.

Dlaczego? Dane zbierane były wielokrotnie i są powszechnie znane.

Istotnie. Próby tworzenia planów w ostatnim 25-leciu były podejmowane wielokrotnie. Przypomnę tylko kilka z nich. W 1998 r. powstało rozporządzenie, które miało w tytule tzw. sieć szpitali czy poziomy referencyjne, przy czym w treści przypisywano placówki do poszczególnych publicznych organów założycielskich. W 2001 r. Ernst and Young przygotował na zlecenie ministra zdrowia wskaźniki dotyczące infrastruktury i kadr, głównie z perspektywy projektów inwestycyjnych. Na przełomie lat 2003 i 2004 marszałkowie tworzyli plany zabezpieczenia zdrowotnego. Wreszcie w 2006 r. sprawą określenia potrzeb na rzecz sieci szpitali zajął się Państwowy Zakład Higieny. Obecna próba jest więc kolejną z szeregu.

Wystarczyłoby zatem zebrać te dane, przeanalizować, postarać się o ich aktualizację – i mapy gotowe.

Okazuje się, że przeanalizowanie i aktualizacja to nie wszystko. Mapy potrzeb zdrowotnych to nie tylko opis rzeczywistości. Muszą nieść w sobie ładunek decyzji politycznej, wskazania, czego oczekujemy, gdzie zlokalizować szpital, ile ma być w nim łóżek, czy nie ma ich za dużo. Co za tym idzie – ile wizyt zakontraktować w AOS, ile hospitalizacji itp. Opóźnienia w ogłoszeniu projektu map martwią również z tego powodu, że doskonale zdajemy sobie sprawę, jak długo musi trwać proces konsultacji społecznych tego dokumentu i ile wzbudza emocji.

Musimy się więc liczyć z opóźnieniami w kontraktowaniu i wypłacie funduszy unijnych.

Myszę, że tak.

Wspominał pan, że większość danych i wskaźników jest już dostępna – w wymienianych przez pana raportach, w danych NFZ. Może zatem po-

móc Ministerstwu Zdrowia i dyskusję na ich temat zacząć już dziś, zanim resort opracuje oficjalną wersję map?

Myszę, że rozpoczęcie takiej społecznej debaty na podstawie konkretnych liczb mogłoby mieć istotne znaczenie dla przyspieszenia procesu, a co za tym idzie – kontraktowania i starań o pomoc unijną.

W tym numerze „Menedżera Zdrowia” przedstawimy zatem dwie pierwsze mapy. Dotyczące demografii i onkologii. W kolejnych – następne mapy. Co można będzie z nich wyczytać?

Myszę, że w najbliższej przyszłości pomocne byłyby na przykład mapy dotyczące *Breast Cancer Units* czy ośrodków kardiologii inwazyjnej. Ministerstwo Zdrowia skierowało do konsultacji społecznych projekt rozporządzenia, w którym m.in. definiowany jest nowy produkt: kompleksowe leczenie raka piersi, co oznacza wspomniane *Breast Cancer Units*. Mamy dane epidemiologiczne mówiące o tym, że liczba przypadków raka piersi w Polsce będzie wynosić ok. 17 tys. rocznie. Można zatem rozsądnie zaplanować i rozmieścić w kraju 80–100 *Breast Cancer Units*, które miałyby wystarczający wolumen pacjentów pod opieką, by połączyć dwa cele: wysoki poziom kompetencji – głównie wśród operatorów, a także stosunkowo krótki czas dojazdu pacjentki do ośrodka. Podobnie w kardiologii inwazyjnej. Wiemy, że mamy ok. 80 tys. zawałów serca rocznie w określonych lokalizacjach. Powinniśmy mieć zatem odpowiednią sieć ośrodków zajmujących się kardiologią interwencyjną.

Czy z map będzie można też wyczytać, który szpital powiatowy należy zamknąć, a w który inwestować?

Nie wprost, ale pośrednio tak. Mapy, np. demograficzna, pozwolą określić, ile szpitali potrzebnych jest w regionie złożonym czy to z jednego dużego powiatu, czy kilku mniejszych. Pozwolą też zmierzyć się z problemem, ile kontraktów potrzebnych jest szpitalom, ile przychodniom.

Będą protesty?

I to ostre. Spróbujmy jednak wyłożyć karty na stół już dziś i rozpocząć dyskusję o mapach. Nie spodziewam się, że dane, które są dostępne w publicznych źródłach, istotnie będą się różnić od tych, które ostatecznie przedstawi resort zdrowia. Ważniejsze jest rozpoczęcie dyskusji, jak te dane przełożyć na decyzje. I to jest pewnie zadanie nie na miesiąc, ale raczej na rok powszechnej i emocjonującej publicznej debaty. „Menedżer Zdrowia” mógłby się stać forum takiej debaty.

Rozmawiał Bartłomiej Leśniewski